

Señores
JUZGADO NOVENO (9°) CIVIL DEL CIRCUITO
BARRANQUILLA – ATLANTICO
E. S. D.

REF: PROCESO EJECUTIVO (ACUMULADO 2)
DEMANDANTE: DUMIAN MEDICAL SAS
DEMANDADO: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

RAD: 2017 00433

OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, mujer, mayor de edad, vecina de la ciudad de Barranquilla, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 de El Banco (Magdalena), abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderada general de la compañía **MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término legal a presentar **EXCEPCIONES DE MERITO** contra el Mandamiento de Pago de fecha 31 de agosto de 2018, proferido dentro del proceso de la referencia.

ANTECEDENTES

De manera preliminar, quiero dejar en claro al despacho que la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la sociedad DUMIAN MEDICAL S.A.S., ni con ninguna otra institución de salud del país; Lo anterior, en razón a que las facturas que aporta la parte accionante, tienen relación con reclamaciones realizadas, por la hoy ejecutante, a mi representada por la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, por las cuales, la demandante pretende la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT expedidas por mi representada; sin embargo, su reclamación y cobro debe sujetarse inexorablemente a las disposiciones legales que lo regulan, Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Código de Comercio en su acápite del Contrato de Seguro, y demás decretos que reglamentan este seguro al que nos referimos.

Siendo así las cosas, el régimen legal del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT, se encuentra consagrado en los artículos 192 a 197 del Decreto Ley 663 de 1993 -Estatuto Orgánico del Sistema Financiero-, en adelante EOSF.

Aunado a lo anterior, tenemos que en el artículo 167 parágrafos 1° y 3° de la Ley 100 de 1993, el legislador fue explícito en señalar que, en los casos de accidentes de tránsito, *“el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta ley”* y con sujeción a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

Instituido el SOAT en el artículo 192 del EOSF, como un seguro de expedición obligatoria por parte de las aseguradoras autorizadas, el numeral 4°, determina, para evitar confusiones normativas, lo siguiente:

*“Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito **se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio** y por este Estatuto.”*

Igualmente, las coberturas del SOAT se encuentran establecidas de manera taxativa en el artículo 193 del EOSF.

En el numeral 4° del artículo 195 del EOSF, se reconoce la titularidad de la acción, para reclamar el pago de los gastos por los servicios prestados a las víctimas de accidente de tránsito ante las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, de acuerdo con las tarifas fijadas por el Gobierno Nacional, en los siguientes términos:

“4. Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los Subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990. (...)”

Es claro como la norma antes transcrita, además de establecer unos requisitos, hace remisión expresa al artículo 1077 del Código de Comercio, al establecer como exigencia a los establecimientos hospitalarios acreditar su derecho, lo que se traduce en instituir para las reclamaciones por conceptos de gastos médicos a víctimas de accidentes de tránsito la “Prueba de daños” como regla para obtener el “Pago de indemnizaciones” en el SOAT prevista en el artículo 194 del EOSF.

En relación con lo anterior, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) donde establece las reglas para la Prestación de Servicios de Salud y dispone, en el título 3, capítulo 4, numeral 2 del artículo 2.5.3.4.3, que para los efectos del sistema general de seguridad social en salud, se consideran como “entidades responsables del pago de servicios de salud”, las siguientes:

“las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos laborales”.

Como es evidente, dentro de las entidades enunciadas no se encuentran las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT. Es decir que las aseguradoras no son entidades responsables del pago de servicios de salud.

Luego entonces, está claro que no puede aplicarse para resolver la presente controversia las normas de carácter general que se aplican a las ventas y servicios, así como tampoco las normas especiales que regulan el pago de las EPS a las IPS de facturas por concepto de atención de emergencias dentro del marco general del sistema de seguridad social en salud, es decir, que dentro del presente proceso se deben aplicar las normas especiales que regulan la actividad aseguradora dentro del marco específico del régimen de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

Ahora bien, el decreto 056 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, establecen el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras, para lo cual establecen que, en lo no regulado por los mencionados decretos para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

Con lo anteriormente esbozado, se deja claro al despacho que las normas aplicables en estos casos son las normas que regulan el contrato de seguro.

El fin del SOAT es la atención de lesionados, llámese conductor, pasajero, ocupante del vehículo, ciclista o peatón, que resulte afectado en un accidente de tránsito, teniendo en cuenta que por accidente de tránsito se entiende el incidente ocasionado por un vehículo automotor en movimiento que, como consecuencia de la circulación en la vía, o tránsito, o violación de la norma de tránsito, cause lesiones.

La definición de vía, la encontramos en la ley 769 de 2002 (Código Nacional de Tránsito), como toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.

Los automotores, son considerados como todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado. No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles, y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

Las coberturas del SOAT son:

GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS.
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LESIONADOS
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE
GASTOS FUNERARIOS
INCAPACIDAD PERMANENTE

Ahora bien, el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, SOAT, fue creado mediante la ley 33 de 1986, con el fin de garantizar los recursos que faciliten la atención integral para las víctimas de accidente de tránsito, de acuerdo con unas coberturas definidas; buscando que toda la sociedad colombiana, tanto conductores, pasajeros, o peatones, se vean beneficiados. Cabe recordar, que el SOAT es un sistema fundamental dentro del sistema general de salud de Colombia, al proteger sin excepción, a todas las personas susceptibles de ser víctimas de accidentes de tránsito en las vías del territorio nacional. En otras palabras, el SOAT es la fuente de financiación para la atención de las víctimas de accidentes de tránsito en el país, en la medida en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) recobran con cargo al SOAT o al Fondo de Seguridad y Garantía (Fosyga), según sea el caso, los servicios prestados a estas personas, por lo tanto, los recursos del SOAT, deben ser suficientes para garantizar la oportuna y adecuada atención de los lesionados en accidentes de tránsito, para lo cual los ingresos percibidos por los diferentes actores del sistema, deben sufragar los costos y gastos que se deriven en dicha atención.

Siendo así, el sistema contempla transferencias y contribuciones definidas por ley a diferentes organismos como la Agencia Nacional de Seguridad Vial (3%) y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (14,2%), por lo cual, las aseguradoras deben hacer un minucioso análisis, e investigación, frente a cada reclamación recibida por accidente de tránsito, que pretenda afectar una póliza SOAT, buscando evitar la alteración al sostenimiento de dichas pólizas.

Sin perjuicio de estas precisiones, **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, propone las siguientes **EXCEPCIONES DE FONDO**, a fin de que sean desestimadas las pretensiones de la demanda:

EXCEPCIONES DE MERITO

Sin perjuicio de estas precisiones, la **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, propone las siguientes **EXCEPCIONES DE FONDO**:

EXCEPCIONES PRINCIPALES:

1. IMPOSIBILIDAD DE APLICAR LA ACCION CAMBIARIA DENTRO DEL PRESENTE PROCESO, POR EXISTIR NORMA ESPECIAL, CONTENIDAS EN LAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

La jurisprudencia de la Corte constitucional ha establecido en cuanto al defecto material o sustantivo, que este se materializa cuando la autoridad judicial, se apoya en una norma claramente inaplicable al caso, o deja de aplicar la que evidentemente lo es, u opta por una interpretación que contrarie los postulados mínimos de la razonabilidad jurídica.

Precisamente, en la Sentencia SU-515 de 2013, se sintetizaron los supuestos que pueden configurar este defecto, los cuales son:

“(...) (i) La decisión judicial tiene como fundamento una norma que no es aplicable, ya que: (a) no es pertinente, (b) ha perdido su vigencia por haber sido derogada, (c) es inexistente, (d) ha sido declarada contraria a la Constitución, (e) o a pesar de que la norma en cuestión está vigente y es constitucional, su aplicación no resulta adecuada a la situación fáctica objeto de estudio como, por ejemplo, cuando se le reconocen efectos distintos a los señalados por el legislador^[1].

(ii) La interpretación de la norma al caso concreto, no se encuentra dentro de un margen razonable^[2], o el funcionario judicial hace una aplicación inaceptable de la disposición, al adaptarla de forma contraevidente –interpretación contra legem–, o de manera injustificada para los intereses legítimos de una de las partes^[3]; también cuando se aplica una regla de manera manifiestamente errada, sacando la decisión del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable^[4].

(iii) No se tienen en cuenta sentencias con efectos erga omnes^[5].

(iv) La disposición aplicada se muestra injustificadamente regresiva^[6] o claramente contraria a la Constitución^[7].

(v) Cuando un poder concedido al juez se utiliza para un fin no previsto en la disposición^[8].

(vi) La decisión se funda en una interpretación no sistemática del derecho, omitiendo el análisis de otras disposiciones aplicables al caso^[9].

(vii) El servidor judicial da insuficiente sustentación de una actuación^[10].

(viii) Se desconoce el precedente judicial sin ofrecer un mínimo razonable de argumentación^[11].

^[1] Sentencia SU-159 de 2002.

^[2] Sentencias T-1101 de 2005 y T-051 de 2009.

^[3] Sentencias T-765 de 1998, T-001 de 1999 y T-462 de 2003.

^[4] Sentencias T-079 de 1993 y T-066 de 2009.

^[5] Sentencias T-814 de 1999, T-842 de 2001 y T-462 de 2003

^[6] Sentencia T-018 de 2008.

^[7] Sentencia T-086 de 2007.

^[8] Sentencia T-231 de 1994.

^[9] Sentencia T-807 de 2004

^[10] Sentencias T-114 de 2002, T-1285 de 2005 y T-086 de 2007

^[11] Sentencias SU-640 de 1998, T-462 de 2003, T-1285 de 2005 y T-292 de 2006

^[12] En la Sentencia T-808 de 2007, se expuso que “en cualquiera de estos casos debe estarse frente a un desconocimiento claro y ostensible de la normatividad aplicable al caso concreto, de manera que la desconexión entre la voluntad del ordenamiento y la del funcionario judicial sea notoria y no tenga respaldo en el margen de autonomía e independencia que la Constitución le reconoce a los jueces (Art. 230 C.P.). Debe recordarse además, que el amparo constitucional en estos casos no puede tener por objeto lograr interpretaciones más favorables para quien tutela, sino exclusivamente, proteger los derechos fundamentales de quien queda sujeto a una providencia que se ha apartado de lo dispuesto por el ordenamiento jurídico”.

(ix) Cuando el juez se abstiene de aplicar la excepción de inconstitucionalidad ante una violación manifiesta de la Constitución, siempre que se solicite su declaración por alguna de las partes en el proceso.¹²¹(...)

Así, cuando los jueces ignoran las normas aplicables al asunto bajo su estudio, sus decisiones son susceptibles de ser cuestionadas en sede de tutela, pues constituyen una violación al debido proceso. Como ocurrió por ejemplo, en la sentencia SU-918 de 2013, donde la Corte Constitucional determinó la existencia de un defecto sustantivo, atendiendo a que el accionado (operador judicial), se apoyó en un precepto manifiestamente inaplicable al caso concreto, desconociendo la norma aplicable. Generando la siguiente posición de la Corte:

“(...) Por lo anterior, cuando en una decisión judicial se aplica una norma jurídica de manera manifiestamente irrazonable o se deja de aplicar una norma aplicable, sacando del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable tal decisión judicial, ésta deja de ser una vía de derecho para convertirse en una vía de hecho, razón por la cual la misma deberá dejarse sin efectos jurídicos, para lo cual la acción de tutela es el mecanismo apropiado. En esta hipótesis no se está ante un problema de interpretación normativa, sino ante una decisión carente de fundamento jurídico, dictada según el capricho del operador jurídico, desconociendo la ley, y trascendiendo al nivel constitucional en tanto compromete los derechos fundamentales de la parte afectada con tal decisión. (...)”

Siendo así las cosas no se le puede dar una interpretación facultativa dentro del presente caso, pues por disposición normativa solo puede ser aplicable un solo régimen legal, tal y como lo afirmó la corte constitucional en sentencia C-451 DE 2015, cuando analizó al criterio hermenéutico de especialidad, así:

“6.2. Recientemente, en la Sentencia C-451 de 2015, esta Corporación hizo expresa referencia al aludido tema. En dicho fallo, basada en las previsiones que sobre la materia establecen las Leyes 57 y 153 de 1887 y lo dicho en la jurisprudencia, la Corte puso de presente que existen al menos tres criterios hermenéuticos para solucionar los conflictos entre leyes: (i) el criterio jerárquico, según el cual la norma superior prima o prevalece sobre la inferior (lex superior derogat inferior); (ii) el criterio cronológico, que reconoce la prevalencia de la norma posterior sobre la anterior, esto es, que en caso de incompatibilidad entre dos normas de igual jerarquía expedidas en momentos distintos debe preferirse la posterior en el tiempo (lex posterior derogat priori); y (iii) el criterio de especialidad, según el cual la norma especial prima sobre la general (lex specialis derogat generali). Con respecto a este último criterio, se sostiene que, en tales casos, no se está propiamente ante una antinomia, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial, con lo cual las mismas difieren en su ámbito de aplicación. (...)”

6.4. Sobre el criterio de especialidad, se destacó en la Sentencia C-451 de 2015, que el mismo “permite reconocer la vigencia de una norma sobre la base de que regula de manera particular y específica una situación, supuesto o materia, excluyendo la aplicación de las disposiciones generales”. Respecto al alcance del criterio de especialidad, en el mismo fallo se trajo a colación lo dicho por la Corporación en la Sentencia C-078 de 1997, al referirse esta al carácter especial de las normas tributarias y su aplicación preferente sobre las normas del anterior Código Contencioso Administrativo. Esta última sentencia dijo sobre el particular:

6.5. Así las cosas, frente a este último criterio, el de especialidad, cabe entonces entender que el mismo opera con un propósito de ordenación legislativa entre normas de igual jerarquía, en el sentido que, ante dos disposiciones incompatibles, una general y una especial, permite darle prevalencia a la segunda, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial. Ello, sobre la base de que la norma especial sustrae o excluye una parte de la materia gobernada por la ley de mayor amplitud regulatoria, para someterla a una regulación diferente y específica, sea esta contraria o contradictoria, que prevalece sobre la otra. (...)”

Siendo así, en una interpretación no sistemática del derecho, no se puede omitir el análisis juicioso de todas las disposiciones aplicables al caso, en especial las del contrato de seguro, sin tener en cuenta el criterio hermenéutico de especialidad, y de esta forma no se vea vulnerado el derecho fundamental al debido proceso

Se tiene que tener en cuenta que las disposiciones normativas, buscan entre otras cosas, generar un ambiente de seguridad jurídica en los ciudadanos, permitiendo que conozcan las reglas de juego, con las que se regirán los comportamientos en las diferentes circunstancias en que se encuentren, dentro del presente caso el apoderado del demandante fundamenta su demanda ejecutiva bajo la acción cambiaria, interpretación subjetiva que induce en error al juzgador de instancia, y lo que puede generar un evidentemente violación al debido proceso, en razón a que si el despacho acoge la teoría de aplicar las normas de la acción cambiaria dentro del sub lite, desconociendo que la normatividad vigente para resolver las controversias derivadas frente al cobro de facturas por prestación de servicios médicos a víctimas de accidentes de tránsito, siendo estas a aplicar las del contrato de seguro que se encuentran, entre otras disposiciones, en el Código de Comercio.

Lo anterior se sustenta, entre otras normas que aquí estudiaremos, en lo dispuesto por el artículo 167 parágrafos 1º y 3º de la Ley 100 de 1993, donde el legislador fue explícito en señalar que en los casos de accidentes de tránsito, *“el cubrimiento de los servicios médicoquirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta ley, y con sujeción a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los procedimientos de cobro y pago de estos servicios”*.

En el caso que nos ocupa, el EOSF, el código de comercio en las normas relacionadas con el contrato de seguro, los Decretos 056 de 2015 y 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016, definen el marco legal aplicable a las situaciones jurídicas y fácticas que se presenten en las relaciones que existan entre los beneficiarios del SOAT y las compañías de seguros.

Sobre el particular, el ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO (Decreto Ley 663 de 1993), en el numeral 4 del artículo 192, definió el régimen legal aplicable al SOAT, así:

*“Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el **contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto.**” (negrilla nuestra)*

En la misma línea, el numeral 8 del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, ratifica lo dispuesto en el EOSF, definiendo el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras con cargo al SOAT, cuando afirma que:

“(...) Decreto 780 de 2016. Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

*(...) 8. Régimen legal. En lo no regulado en el presente Capítulo para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y **el contrato de seguro**, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes. (...)” (negrilla nuestro)*

Luego entonces, tenemos que en el numeral 4º del artículo 195 del EOSF, reconoce la titularidad de la acción de las instituciones prestadoras de salud, como la hoy demandante, para reclamar por concepto de gastos médicos ante las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, de acuerdo con las tarifas fijadas por el Gobierno Nacional, en los siguientes términos:

“4. Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los Subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990. (...)”

Es claro como la norma antes transcrita hace remisión expresa al artículo 1077 del Código de Comercio, al establecer como exigencia a los establecimientos hospitalarios acreditar su derecho, lo que se traduce en instituir para las reclamaciones por conceptos de gastos médicos a víctimas de accidentes de tránsito la “Prueba de daños” como regla para obtener el “Pago de indemnizaciones” en el SOAT prevista en el artículo 194 del EOSF.

En el mismo sentido, el Decreto 780 de 2016, relaciona los documentos que los prestadores de servicios de salud deben radicar ante las entidades aseguradoras con la solicitud de pago de las reclamaciones, en su artículo 2.6.1.4.2.20 (antes Artículo 26 Decreto 056 de 2015), el cual es del siguiente tenor:

“(...) 1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado³⁰. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

(...)

4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del presente decreto.

5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS. (...)”

En relación con la referida documentación, la Resolución 1645 de 2016, por la cual el Ministerio de salud, establece los requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas establecidas en el artículo 167 de la ley 100 de 1993 (aplicable a las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT cuando así lo señale dicho acto administrativo), indica en su artículo 6° que la demostración de la prestación de los servicios de salud se acreditará ante las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT con los siguientes documentos según el caso:

1. Epicrisis, cuando se trate de servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. En todo caso deben observarse los contenidos mínimos previstos en el artículo 31 del Decreto 056 de 201531.

2. Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.

3. Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de

evolución, la hoja de referencia y contra referencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos, siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.

4. Factura de venta o documento equivalente del reclamante y certificación de pago de quien prestó el servicio, cuando el mismo ha sido prestado a través de un tercero.

La Superintendencia Financiera en Concepto 2018134425-001 del 18 de noviembre de 2018, estableció que las aseguradoras deberán observar las indicaciones contenidas en la normatividad vigente, y de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de la atención, para lo cual expresó lo siguiente:

“(...) Así pues, respecto de la demostración de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, el mencionado Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.4.2.20., determina cuales son los documentos exigidos para la presentación de la solicitud de pago de las reclamaciones y en tal virtud señala el Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y además, relaciona los documentos que debe aportar el beneficiario acreditado para reclamar los gastos por atenciones médicas entre los cuales se encuentran la epicrisis o resumen clínico para lo cual cita que estos deben sujetarse a lo establecido en los artículos 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6. de la misma normatividad.

En este orden, consultados los prenombrados artículos 2.6.1.4.2.20., 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6., de la citada normatividad, se evidencia que los mismos refieren de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de atención, respectivamente. (...)”

Luego de analizar las anteriores disposiciones, surgen los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo demostraría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que efectivamente realizó la atención a una paciente víctima de un accidente de tránsito?
- ¿Cómo acreditaría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que el paciente atendido fue víctima de un accidente de tránsito?
- ¿Cómo acreditaría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que los servicios que se están facturando efectivamente se prestaron a un paciente víctima de un accidente de tránsito?

Por estas razones es claro, que la IPS que pretenda el pago de una indemnización por una reclamación presentada ante una aseguradora, ya sea de forma extrajudicial o judicial, debe aportar todos y cada uno de los documentos necesarios para acreditar la prestación de los servicios médicos y hospitalarios a un paciente víctima de un accidente de tránsito.

Las obligaciones que surgen de la acción ejecutiva del contrato de seguro, hacen parte de los denominados títulos ejecutivos complejos, que a pesar que deben ser claros, expresos, exigibles y que provenga del deudor, se hace necesario el cumplimiento de los requisitos establecidos en los artículos citados, para el trámite de la reclamación, en aras de obtener el pago de indemnizaciones por la prestación de servicios médicohospitalarios a víctimas de accidentes de tránsito.

Situación que reiteramos, se rige por las normas especiales que regulan la materia como lo son el Decreto 663 de 1993 (EOSF), Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016 y las normas del contrato de seguro establecidas en el código de comercio.

Es decir, que para que las reclamaciones por indemnizaciones presentadas por las IPS a las aseguradoras presten mérito ejecutivo, además de cumplir con los requisitos establecidos en el

Decreto 056 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016, se hace necesario el cumplimiento de la situación fáctica que consagra el numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, que se refiere a la acción ejecutiva especial derivada del contrato de seguro, y que menciona:

“(...) 3. Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. (...)”

Ahora, al tener el contrato de seguro, dentro de uno de sus elementos esenciales, que corresponden a obligaciones condicionales, es importante destacar lo que sobre el particular, ha manifestado el Dr. Hernán Fabio López Blanco:

“(...) en algunos casos el título ejecutivo no puede ser simple, unitario físicamente, sino que necesariamente es compuesto, como sucede con las obligaciones sometidas a condición, en las que además del documento en que constan, debe acompañarse prueba de que ocurrió la condición, como claramente lo dispone el artículo 427 del CGP, que regula la forma de demostrar que se infringió la obligación de no hacer y el cumplimiento de la condición al ordenar que: “ a la demanda deberá acompañarse el documento privado que provenga del deudor, el documento público, la inspección o la confesión judicial extraprocesal o la sentencia”, que pruebe el cumplimiento de la condición o el incumplimiento de la obligación de no hacer. (...) Al respecto abundan los ejemplos. (...) la demanda ejecutiva con base en el artículo 1053, num. 3 del C. de Co., implica allegar la póliza y la prueba de que se presentó reclamación a la aseguradora; (...)”¹³²³¹

Ahora bien, tenemos que el artículo 427 del CGP, reza los siguientes.

EJECUCIÓN POR OBLIGACIÓN DE NO HACER Y POR OBLIGACIÓN CONDICIONAL. *Cuando se pida ejecución por perjuicios derivados del incumplimiento de una obligación de no hacer, o la destrucción de lo hecho, a la demanda deberá acompañarse el documento privado que provenga del deudor, el documento público, la inspección o la confesión judicial extraprocesal, o la sentencia que pruebe la contravención.*

De la misma manera deberá acreditarse el cumplimiento de la condición suspensiva cuando la obligación estuviere sometida a ella. (Negrilla nuestra)

De acuerdo a lo establecido por la doctrina y la jurisprudencia nacional en el caso del numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, debe considerarse que la sola póliza no constituye título ejecutivo, por lo cual se hace necesario acompañar varios documentos, como lo es la prueba que se reclamó y que esa reclamación estuvo aparejada de los documentos necesarios para establecer la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, tal como lo establece el artículo 1077 del mismo código, y, finalmente, no haber sido objetada la reclamación por parte de la aseguradora dentro del término establecido. Estos requisitos deben ser puestos a consideración del juez una vez se acuda a la vía ejecutiva correspondiente.

En este orden de ideas tenemos que para poder afectar la póliza de SOAT, se encuentra a una condición suspensiva, y cuál es esa condición, que se haya prestado la atención hospitalaria por parte de la IPS, luego entonces, no puede acercarse la IPS solo con la póliza ejecutar a la Aseguradora, se debe que probar la atención del servicio y como se prueba lo anterior, con los documentos que se relacionan en ellos decretos Decreto 056 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.

Al respecto el Tribunal Superior de Bogotá, Sala Civil, en decisión de fecha 19 de mayo de 2015, expuso lo siguiente:

¹³²³¹ LOPEZ BLANCO, Hernan Fabio. CODIGO GENERAL DEL PROCESO – PARTE ESPECIAL. DUPRE EDITORES. Año 2017. Paginas 511 y 512. 2017

“(...) De igual forma, asume la naturaleza de título complejo, pues requiere, además de la póliza, que se alleguen otros documentos necesarios para el cobro de la indemnización. En este sentido, el numeral 3º de la norma en comento dispone “Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda”.

De acuerdo con lo anterior, para deprecar el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del contrato de seguro se debe acreditar los siguientes presupuestos: a) La póliza de seguro b) presentación de la reclamación, con la constancia de su entrega y la fecha en que tuvo lugar c) comprobantes, que según la póliza sean indispensables, d) que haya vencido el plazo de un mes, contado a partir de la presentación de la reclamación, sin que fuera objetada.

Sea importante dejar claro al despacho que mediante sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Quinta Civil-Familia Magistrada Sustanciadora: GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO Código. 08-001-31-53-013-2017-00149-03 Rad. Interno. 42686 Barranquilla, doce (12) de agosto de dos mil veinte (2020). Discutido y aprobado en Sala según acta n°. 053., en un caso similar, se manifestó que las normas aplicables en estos casos son las del contrato de seguro y me permito traer a colación uno de sus apartes así.

Para desarrollar tal argumento, la primera precisión que debe realizarse es que la acción ejecutiva que se pone en marcha por la falta de pago de los servicios médicos prestados con ocasión a una póliza de accidentes de tránsito, no debe entenderse, como en efecto se hizo por la demandante y el juzgador, como una acción cambiaría por cobro de facturas derivadas de un contrato de prestación de servicios, si no como la persecución judicial derivada de una reclamación fallida a la aseguradora.

En este orden de ideas, lejos de adentrarse en el debate de la autonomía de la factura por aceptación tácita, o de la integración de la misma en un título ejecutivo complejo, al compás de las normas reguladoras de la prestación del servicio de salud, lo que debe revisarse es la acción de reclamación de la referida IPS frente a la compañía aseguradora, en virtud del siniestro acaecido, y el mérito ejecutivo de la póliza ante el silencio de esta última, en el término conferido por ley para objetar. A propósito de esa acción de reclamación, se recuerda que viene determinada por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, que en el numeral 4to de su artículo 195, otorga a los establecimientos hospitalarios o clínicos y a las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente.

Presupuesto que permite colegir, que en el caso de la prestación de servicios de salud en virtud del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, las normas aplicables resultan entonces el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Código de Comercio en lo relativo al contrato de transporte terrestre, por remisión expresa del primero, además, entre otros, del Decreto 056 de 2015, invocado en primera instancia, por medio del cual se reglamentó el pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, por parte de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT. Es así como el decreto citado, en sus artículos 11 y 41, hace remisión expresa al artículo 1081 CCo, al referirse al término para presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, contados a partir de que la víctima fue atendida o egresó de la institución, enumerando en su artículo 26, los documentos necesarios para elevar la respectiva reclamación en caso de accidentes de tránsito, entre los que se encuentra, la factura. Y presentada la reclamación, la compañía aseguradora, de acuerdo al artículo 36 del mencionado decreto, debe verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el

caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere el decreto y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad, y verificado ello, pagarlo dentro del mes siguiente en que se acredite el derecho de acuerdo al artículo 1077 CCo.

Luego, es colegible que el Legislador, trasladó a la IPS, la obligación del asegurado contenida en el artículo 1077 C.Co. Puestas así las cosas y establecido que las normas aplicables son las del contrato de seguro, y las normas especiales que regulan el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, es plausible afirmar, que lo que presta mérito ejecutivo, a tenor de lo dispuesto por el numeral 3ro del artículo 1053 C.Co y en caso del cumplimiento de los requisitos, es la póliza del SOAT, expedida por la respectiva compañía, y no la factura, que conforme el numeral 4to del artículo 26 del Decreto 056 de 2015, constituye solo uno de los anexos de la reclamación.

Desde luego, para que se pueda librar la orden de pago, es indispensable, a su vez, que los documentos que con ese propósito allegue el ejecutante, sean aportados con estricta sujeción a las pautas formales que prevé el ordenamiento jurídico, incluyendo las atinentes a la incorporación de documentos privados (artículos 252, 253 y 254 del C. de P. C.) (...).

Conforme a lo anterior, es importante descascar que en el caso concreto, dentro del escrito de la demanda la parte demandante no hizo mención a que se estuviera ejerciendo la acción ejecutiva con fundamento en el numeral 3º del artículo 1053 del Código de Comercio, no hizo alusión a que presentó las reclamaciones ante de mi representada y que las mismas no fueron objetadas dentro del término legal, y además, lo más delicado, es que dentro de los anexos que se aportaron con la demanda no se encuentran los documentos establecidos en los decretos para formalizar la reclamación ante las compañías aseguradoras, es decir, que a la parte demandante no le bastaba con presentar las facturas de venta para que se librara mandamiento de pago a su favor, por el contrario al no acreditarse en debida forma que se habían realizado las reclamaciones conforme a las normas establecidas, y que se encontraban aparejadas de todos los documentos necesarios para su trámite, no era procedente que se librara mandamiento de pago

Con lo anteriormente esbozado, se deja claro al despacho que las normas aplicables en estos casos son las normas que regulan el contrato de seguro, por lo que solicito muy respetuosamente a su señoría declarar probada dicha excepción.

2. PRESCRIPCIÓN DE CONTRATO DE SEGURO, PARA TODAS LAS FACTURAS QUE SE RECLAMAN

Ahora bien, como ya se dejó claro que las normas aplicar son las contenidas en el contrato de seguros, se debe que estudiar la prescripción contenida en el artículo 1081 del código de comercio, por lo tanto tenemos que DUMIAN MEDICAL S.A.S., con la presente demanda ejecutiva pretende el pago de varias reclamaciones generadas como consecuencia de la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios proporcionados a pacientes lesionados en accidentes de tránsito amparados por pólizas SOAT expedidas por la sociedad COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se encuentra regulado en el Decreto 056 de 2.015, Decreto 2423 de 1996, el Estatuto Orgánico Del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) a partir del Artículo 192 y siguientes, y en lo no previsto allí, se acudirá a lo regulado en el seguro terrestre del Código de Comercio.

Respecto a la prescripción de las acciones derivadas del contrato del Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito, se resalta lo siguiente:

En la Parte VI, Capítulo IV del Estatuto Orgánico Financiero, por remisión expresa del artículo 192 numeral 4 de dicho Estatuto, se establece: **“Normatividad aplicable al seguro obligatorio de**

accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto.

A su vez, de manera específica, el Decreto 056 de 2.015 (por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito), en los artículos 111 y 412, definen las reglas relativas a la prescripción respecto de los prestadores de servicios de salud, en relación con las reclamaciones por las atenciones, las cuales, igualmente, remiten expresamente al artículo 1081 del Código de Comercio.

Ahora bien, el término de prescripción aplicable para las acciones derivadas del SOAT, sin ninguna discusión, lo determina el artículo 1081 del Código de Comercio. Así mismo, la ley de manera específica establece el momento a partir del cual debe contabilizarse el término prescriptivo. Establece la norma en referencia:

“ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.”

Por su parte el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, 780 de 2016 compilatorio del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, fue más allá de lo establecido en la norma y estableció a partir de cuándo empieza a correr el término de prescripción, estableciendo lo siguiente:

Sección 4. Otras condiciones generales del SOAT

Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.

1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.

1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima. (...)

Respecto de la prescripción de las acciones para el cobro de las atenciones en salud de víctimas de accidentes de tránsito cubiertas por el SOAT, la Superintendencia de Salud ha emitido diferentes conceptos, los cuales han sido reiterativos en indicar, que el fenómeno de la prescripción se regula por el artículo 1081 del Código de Comercio, así como también, la fecha a partir de la cual se inicia el cómputo de tal término:

- El Concepto 2008269-001 de 16 de julio del 2008 precisó que:

Con la atención de la víctima por parte del hospital se tiene conocimiento del siniestro que da lugar a la acción, por lo que el término, deberá contarse desde dicha circunstancia: **“... teniendo en cuenta que con la atención de la víctima por parte del Hospital se tiene pleno conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación, el término para que opere la prescripción ordinaria, que es la única que se puede invocar en estos casos, empezaría a contar desde el momento en que el Hospital conoció o ha debido conocer el siniestro, esto es, desde que fue atendida la víctima independientemente de la fecha de la factura comercial, de tal suerte que si la atención de la víctima del accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción”**.

- Concepto 2013070104-002 del 18 de septiembre de 2013, indicó:

Síntesis: Con relación al fenómeno de la prescripción en las reclamaciones presentadas ante las compañías aseguradoras por concepto de servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, al no encontrarse prevista una norma sobre el particular en el régimen del SOAT, resulta aplicable el artículo 1081 Código de Comercio sobre prescripción de acciones en materia de seguros, por virtud de la remisión expresa realizada por el artículo 192 numeral 4 del EOSF a las normas que regulan el contrato de seguro terrestre.

«(...) comunicación mediante la cual solicita concepto jurídico acerca de la prescripción y caducidad de facturas por servicios de salud cuyo pago debe ser realizado por EPS, EPSS y aseguradoras.

En atención al objeto de su consulta, debemos aclararle el alcance del pronunciamiento de esta Superintendencia, el cual se refiere a los aspectos concernientes a las prestaciones asumidas por las aseguradoras, específicamente en relación con el funcionamiento del seguro obligatorio para daños corporales causados a las personas por accidentes de tránsito (SOAT), conforme a la regulación establecida en el Capítulo IV de la Parte Sexta, artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF) y demás disposiciones que la modifican o adicionan.

Lo anterior, teniendo en cuenta las funciones que el artículo 326 numeral 2 del EOSF asigna a éste Organismo respecto de la actividad de las entidades sometidas a su vigilancia, y que su competencia sobre las entidades promotoras de salud se circunscribe a la supervisión de la administración de los riesgos financieros por parte de estas (artículo 14 de la ley 1122 de 2007 y artículo 1º del Decreto 4185 de 2011).

Efectuadas las anteriores precisiones, es importante manifestar que en distintas oportunidades ésta Superintendencia se ha referido al fenómeno de la prescripción de las reclamaciones presentadas ante las compañías aseguradoras por concepto de servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, indicando que al no encontrarse prevista una norma sobre el particular en el régimen del SOAT, resulta aplicable el artículo 1081 Código de Comercio sobre prescripción de acciones en materia de seguros, por virtud de la remisión expresa realizada por el artículo 192 numeral 4 del EOSF a las normas que regulan el contrato de seguro terrestre.

El mencionado artículo 1081 establece las directrices para determinar cuándo empiezan a correr los términos de prescripción, distinguiendo entre el momento en que “el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción” (prescripción ordinaria) y; aquél “en que nace el respectivo derecho”, independientemente de cualquier circunstancia y aún cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho (prescripción extraordinaria).

De otra parte, a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar el aspecto relativo a su interrupción. Como quiera que el Código de Comercio no

regula éste fenómeno, en virtud de la remisión expresa consignada en el artículo 822 del mencionado Código, se debe acudir a las normas generales del derecho civil que señalan cómo se interrumpen los términos de prescripción, éstas se encuentran consignadas en el artículo 2539 del Código Civil y en el artículo 94 del Código General del Proceso.

(...).»

- En concepto 2016046856-001 del 14 de junio del 2016, expresó:

“Para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria y, el momento del nacimiento del derecho, independiente de cualquier circunstancia y aún cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no”

Es tan claro que el término de prescripción en las acciones derivadas del SOAT es de 2 años y su computo se hace desde un momento diferente según el amparo que se pretenda afectar, de acuerdo con lo indicado en el Artículo 41 del referido Decreto, que la Corte Constitucional en sentencia T-160A-19, con ponencia del Dr. Luis Guillermo Guerrero Pérez, en la cual se resolvió la controversia sobre el término prescriptivo sobre el amparo de muerte del SOAT. En esta sentencia, el referido órgano señala que el término prescriptivo de las acciones derivadas del SOAT es de 2 años y que se computa en momentos diferentes de acuerdo al amparo que se pretenda afectar. Indicó la Corte:

“Por su parte, el citado artículo 1081 consagra que la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen puede ser ordinaria —aquella en la que se contabilizan dos años desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción—, o extraordinaria —en virtud de la cual se cuentan cinco años a partir del momento en que nace el respectivo derecho, y corre contra toda clase de personas— .

Sin embargo, a pesar de que en dicha norma el Código de Comercio estableció parámetros generales de temporalidad a partir de los cuales se debe contabilizar la prescripción, el artículo 41 del Decreto 56 de 2015, al definir ciertas condiciones aplicables a la póliza del SOAT, especificó el momento exacto desde el cual se tiene que contabilizar el término para solicitar la indemnización por incapacidad permanente. Puntualmente, dispuso que los beneficiarios de dicha prestación económica deben presentar su reclamación, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de “[l]a fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral”.

Por demás, no sobra aclarar que esta última disposición guarda correspondencia con distintos pronunciamientos en los que, en casos fácticamente similares, esta Corporación ha sostenido que, para efectos de reclamar la cobertura de distintas pólizas de seguro, el término de prescripción de la solicitud solo se puede contabilizar a partir del conocimiento del estado de invalidez o la incapacidad permanente calificada. Al respecto, sentencias como la T-309A , T-557 y T-662 de 2013 coinciden en que la cobertura de los seguros que amparan aquellos riesgos pende del dictamen de la Junta de Invalidez correspondiente, pues el hecho fundamental que da base a la reclamación es la pérdida de capacidad laboral u ocupacional declarada, tanto así que sin dicha calificación un beneficiario estaría imposibilitado para presentar la reclamación, pues es a partir de la valoración técnica que se sabe con certeza si la persona tiene derecho, o no, a reclamar el pago de la póliza.

En torno a este punto, y en relación con las pólizas de SOAT, la Sala advierte que si bien el accidente de tránsito es el requisito sine qua non para que la operación del seguro se pueda activar, el reclamo de la indemnización aludida solo procede si la víctima de aquel suceso, como consecuencia de ese acontecimiento, sufre una incapacidad permanente calificada. Por ende, es apenas razonable que el término para presentar la solicitud cuente a partir de que se conozca dicha calificación, en la medida en que el hecho que da base a la solicitud de la prestación económica es la incapacidad permanente dictaminada, y no el acaecimiento del siniestro en sí mismo, pues, por ejemplo, puede que un accidente de tránsito no genere ningún tipo de secuela física o porcentaje de pérdida de capacidad en la víctima, caso en el cual, a pesar de la ocurrencia del accidente, la persona no tendría derecho al pago de la indemnización por incapacidad permanente.

Ahora bien, aunque el término para presentar dicha reclamación económica ante la compañía de seguros que opera el SOAT se debe contar a partir de la fecha en que adquiere firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la norma también establece, tal y como ya se mencionó, que entre la ocurrencia del accidente de tránsito y la solicitud de calificación de la invalidez no pueden transcurrir más de dieciocho meses calendario, so pena de que la solicitud se rechace.

Dicho lo anterior, en relación con ese asunto se debe tener en cuenta: (i) que cuando la víctima del accidente de tránsito requiere el dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar ante la compañía de seguros que opera el SOAT la indemnización por incapacidad permanente, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actúan como peritos en única instancia, pues contra sus dictámenes no proceden recursos ; y (ii) que en esos casos la solicitud de calificación ante la junta la presenta la compañía de seguros , quien además debe asumir los honorarios de aquella .

Por ese motivo, si antes de los dieciocho meses siguientes al accidente de tránsito la víctima solicita a la compañía de seguros adelantar las gestiones pertinentes para calificar el grado de invalidez ocasionado por el siniestro, pero esta última dilata caprichosamente el proceso y presenta la solicitud de calificación a la junta por fuera de dicho término, no podría objetar la reclamación de la indemnización aduciendo aquella extemporaneidad, pues estaría alegando a su favor la propia culpa y obteniendo provecho de una demora infundada, es decir, de un retraso que no resultaría imputable a la víctima cuando esta acude en tiempo a la compañía de seguros, ya que la solicitud de calificación ante la junta, así como el pago de sus honorarios, son deberes en cabeza de la aseguradora que, en esa medida, exigen —por parte de la entidad— un cumplimiento diligente, oportuno y desprovisto de actuaciones contrarias a la buena fe, conforme reza el artículo 83 superior .

De las pruebas y los antecedentes relacionados en esta providencia, se desprende: (i) que la aseguradora accionada objetó la reclamación de la indemnización, pues advirtió que la tutelante formuló la solicitud fuera del término de prescripción ordinaria establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de la fecha del accidente de tránsito; y (ii) que si bien la demandante solicitó a Seguros del Estado S.A. adelantar los trámites correspondientes para calificar el grado de su incapacidad dieciséis meses después de aquel siniestro, la aseguradora, luego de que negó dicho requerimiento argumentando que no estaba obligada a atender la petición y propició un trámite de tutela previo en el que se le ordenó el pago de los honorarios a la Junta, terminó presentando la solicitud de calificación casi dos años después del accidente.

Así las cosas, con fundamento en las consideraciones expuestas a lo largo de esta sentencia, y dado que la aseguradora demandada no contó, conforme lo exige la normatividad aplicable, el término de prescripción para presentar la reclamación económica a partir de la fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la Sala advierte que, de haberlo

hecho así, se hubiese tenido como fecha límite para presentar la solicitud de indemnización el día 10 de febrero de 2020 —es decir, dos años contabilizados a partir del dictamen— y, por ende, la reclamación no hubiere podido ser rechazada aduciendo su prescripción ordinaria.”

Las IPS prestan servicios médicos amparados por las pólizas SOAT, se tiene que el hecho que da base a la acción se da en el momento propio de la atención médica que se presta, y, por tanto, el término de prescripción se cuenta desde la fecha de la atención misma o de aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud el paciente, porque es a partir de allí que la IPS tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro, y, en consecuencia, comienza a correr el término de prescripción ordinaria.

En los conceptos de la Superintendencia de Salud citados, se indicó que a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar la interrupción del término de la prescripción. Precizando que, si bien es cierto que el Código de Comercio no regula la interrupción o suspensión de este fenómeno, en virtud de la remisión expresa del artículo 822 ibidem, se debe dar aplicación a las normas generales del derecho civil que regulan la manera como opera la interrupción de los términos de prescripción, éstas se encuentran consagradas en el Artículo 2.539 del Código Civil y en el Artículo 94 del Código General del Proceso.

Mediante sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Quinta Civil-Familia Magistrada Sustanciadora: GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO Código. 08-001-31-53-013-2017-00149-03 Rad. Interno. 42686 Barranquilla, doce (12) de agosto de dos mil veinte (2020). Discutido y aprobado en Sala según acta n°. 053., en un caso similar, se manifestó que la prescripción aplicar estos procesos es el artículo 1081 del código de Comercio, así:

De lo anterior es plausible afirmar entonces, que la prescripción de que habla el artículo 1081 del Código de Comercio, y que empieza a contabilizarse en efecto con la prestación del servicio por parte de la IPS, se interrumpe efectivamente con la referida formulación de la reclamación.

Es decir, que lo exigido por las normas, según dicta la hermenéutica, es que no transcurran más de dos años, entre la ocurrencia del siniestro, que en este caso se confunde con la prestación del servicio, y la reclamación con base en la póliza, ni entre esta última y la demanda.

Es de resaltar al despacho que el término de prescripción de las acciones derivadas del SOAT, se interrumpe, bien sea civilmente en la fecha de presentación de la demanda cuando su notificación se surte dentro del término de un año contado a partir del día siguiente a la notificación; o naturalmente, por el hecho de reconocer el deudor la obligación, es decir, al momento en que el asegurador asume el pago de la indemnización o desde el momento en que la IPS formula la reclamación acompañada de los documentos necesarios para demostrar el siniestro y la cuantía.

Ahora bien, aterrizando al presente caso al verificar las reclamaciones que la parte demandante acompaña para acreditar la existencia de la obligación por la suma pretendida, podrá constatar que existen reclamaciones que datan del año 2.012, 2.013 y 2.014, es decir, con más de 2 años, y si bien el término de prescripción pudo haberse interrumpido, esta interrupción no tuvo el efecto buscado, toda vez que entre la fecha de la reclamación y la fecha de presentación de la demanda (13 de julio de 2018) transcurrieron más de 2 años, por lo que todas y cada una de esas reclamaciones que allega la parte ejecutante se encuentran prescritas.

De acuerdo con los argumentos expuestos, deberá el Despacho DECLARAR PROBADA LA EXCEPCIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL SEGURO SOAT, de aquellas reclamaciones cuya fecha de presentación a la aseguradora, y la fecha de presentación de la demanda, transcurrieron más de 2 años, tal y como ocurre con todas las facturas que se están reclamando en el presente proceso.

3. NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO, ESTABLECIENDOSE UNA AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DE LAS FACTURAS POR NO ACREDITARSE EL TÍTULO COMPLEJO:

A lo largo del presente escrito, se ha venido explicando cómo es el funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), pero con el propósito de dar una noción clara del funcionamiento de este tipo de seguro, y sustentar la presente excepción, procederé a dar una breve y clara explicación del trámite que debe realizar la DUMIAN MEDICAL S.A.S., ante la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Conforme lo establece el Artículo 8 del Decreto 056 de 2.015, la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, es la legitimada para reclamar a la compañía aseguradora el reconocimiento y pago del valor del servicio médico prestado, así:

“Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, (...), el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos (...) a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.”

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establece el trámite que debe surtir la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, indicando que ésta debe presentar una reclamación a la aseguradora, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales y su cuantía, es decir, que la IPS debe acreditar su derecho ante la compañía aseguradora conforme lo establece el Artículo 1.077 del Código de Comercio. La norma referida establece:

“Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990.”

Así mismo, el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, establece:

“(…) Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

Concordancia, ver artículo 38 decreto 056 de 2015 (Negrilla y Subrayado fuera del texto original)

Estas normas deben ser leídas e interpretadas en concordancia con lo dispuesto por los Artículos 26, 31, 32 y 36 del Decreto 056 de 2015, que establecen la documentación necesaria para la presentación por parte de las IPS, de las reclamaciones por la prestación del servicio de salud con cargo al SOAT, regulando el contenido de esa documentación, en especial lo relacionado con el contenido de la epicrisis y el resumen clínico de atención, los requisitos de la factura y la verificación de requisitos por parte de la aseguradora, así:

*“(...) **Artículo 26.** Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:*

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

(...)

4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del presente decreto.

5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS. (...)

*“(...) **Artículo 31.** Para los efectos del presente decreto la epicrisis debe contener como mínimo los siguientes datos:*

- 1. Primer nombre y primer apellido del paciente*
- 2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.*
- 3. Servicio de ingreso.*
- 4. Hora y fecha de ingreso.*
- 5. Servicio de egreso.*
- 6. Hora y fecha de egreso.*
- 7. Motivo de consulta.*
- 8. Enfermedad actual, información que debe contener:*
 - 8.1. La relación con el evento que originó la atención.*
 - 8.2. Relación de recibido del paciente en caso de ingreso por remisión de otra IPS.*
- 9. Antecedentes.*
- 10. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio.*
- 11. Hallazgos del examen físico.*
- 12. Diagnóstico de ingreso.*

13. *Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.*
14. *Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo.*
15. *Resultados de la totalidad de procedimientos diagnósticos y todos aquellos que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.*
16. *Justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten.*
17. *Diagnósticos de egreso.*
18. *Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad si la hubiere.*
19. *Plan de manejo ambulatorio.*
20. *En caso que el paciente sea remitido a otra IPS, relación de la remisión.*
21. *Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento*

Parágrafo 1°. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario. (...)

*“(...) **Artículo 32.** Para los efectos del presente decreto el resumen clínico de atención se diligenciará para servicios de salud ambulatorios y debe contener como mínimo los siguientes datos:*

1. *Primer nombre y primer apellido del paciente.*
2. *Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.*
3. *Edad y sexo del paciente.*
4. *Servicio de ingreso.*
5. *Fecha de atención.*
6. *Motivo de consulta.*
7. *Enfermedad actual en donde debe indicarse:*
 - 7.1. *La relación con el evento que originó la atención.*
 - 7.2. *Si se trata de la prestación de servicios de ayudas diagnósticas, interpretación médica del paraclínico facturado.*
8. *Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención.*
9. *Antecedentes.*
10. *Examen físico.*
11. *Diagnóstico.*
12. *Plan de tratamiento.*
13. *Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.*
14. *Cuando se hayan suministrado medicamentos deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento.*

Parágrafo 1°. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a los resúmenes clínicos de atención que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario.

Artículo 33. *La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes. (...)*

(...) Artículo 36. Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este decreto y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, dichas entidades podrán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas, con aquellos disponibles en la base de datos SII ECAT, la base de pólizas expedidas y pagos realizados por las aseguradoras, y la base de datos de indemnizaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre otras.

Parágrafo 1°. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes.

Parágrafo 2°. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo 6° de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo 131 de la citada ley.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

Cuando en los accidentes participen dos o más vehículos y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el presente numeral para el caso de vehículos asegurados, pero el importe correspondiente a la indemnización de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago que a los terceros correspondería estará a cargo del Fondo de que trata el artículo 198 numeral 1o. del presente Estatuto. (...)

En el caso objeto de estudio, todas las reclamaciones que se relacionan en la demanda, carecen de los documentos que se deben acompañar con la facturas, que soportan la atención a la víctima por parte de la IPS, como por ejemplo, en el evento en que se haya realizado una radiografía, se debe allegar la lectura de la ayuda diagnóstica, pues no solo basta con aportar la historia clínica, también se debe aportar, el soporte de la misma, situación que no ocurre en este caso, pues el demandante, no aportó los documentos establecido en el artículo 26 del decreto 056 del 2015.

Estos anexos de la historia clínica están definidos por la resolución No. 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud en su artículo 11, en el cual se indica que los anexos son todos los documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como autorizaciones, declaraciones de retiro, imágenes

diagnosticas, reportes de interpretación de las imágenes diagnosticas, reportes de exámenes paraclínicos. Si revisamos los documentos allegados por la EJECUTANTE, junto con la demanda, encontramos que no fueron acreditados los anteriores anexos de las historias clínicas, así como tampoco se aportan para el caso del cobro de material de osteosíntesis, las facturas o soportes de compra de estos materiales, los cuales son obligatorios aportar como lo establece el decreto 056 de 2015.

Sobre lo anterior tenemos que en proceso ejecutivo que inició CLINICA JALLER SAS, en contra de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., bajo radicado No. 08001315301020170025400, el Tribunal Superior Del Distrito Judicial de Barranquilla, Sala Civil Familia Magistrado Ponente, Dr. Alfredo Castilla, manifestó lo siguiente:

“(...) Así las cosas no era del caso entrar a averiguar si la aseguradora devolvió, objeto o glosó las facturas en los términos establecidos por la ley, por el contrario no debió librarse mandamiento de pago puesto que no acompañarse a las facturas aportadas en documentos la reclamación y los documentos exigidos por las normas comerciales especiales, antes citadas, no era posible determinar los precisos parámetros de la obligación, motivo por el cual estas facturas por sí solas no cumplen con las exigencias legales para ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo. En consecuencia, está llamada a prosperar la excepción de mérito de ausencia de exigibilidad de la factura por no acreditarse el título complejo frente a todos y cada una de las facturas arribadas al expediente. (...)”

Bajo lo anterior, el Tribunal Superior del Distrito Judicial resolvió lo siguiente:

“(...) Primero: revocar la sentencia de fecha septiembre 5 del 2018 proferida por el JUEZ DECIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA la cual quedará así: Primero, Declarar probada la excepción de mérito de ausencia de exigibilidad de las facturas por no acreditarse el título complejo frente a todas y cada una de las facturas arribadas al expediente planteada por la demandada SEGUROS GENERALES SURAMERICANA SA; Segundo: No seguir adelante la ejecución contra la demandada SEGURO GENERALES SURAMERICANA S.A.; Tercero, Decretar el levantamiento de las medidas cautelares si las hubiere. (...)”

De igual forma el **Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, Sala Primera de Decisión Civil-Familia, Magistrado Sustanciador: Alfredo de Jesús Castilla Torres, en providencia de fecha 20 de agosto de 2014, en proceso con radicación interna No. 37.657**, al resolver un recurso de apelación contra sentencia, presentado precisamente por INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLINICA DEL SOL LTDA en proceso ejecutivo cuyo demandada era LIBERTY SEGUROS S.A. y cuyos hechos y pretensiones eran semejantes a las del presente proceso, expreso lo siguiente:

En este orden de ideas no siendo la entidad aseguradora ejecutada una “Entidad Responsable del pago de servicios de salud” y al no tratarse de cualquier tipo de prestación de servicios de urgencia, sino el reclamo a una aseguradora de los costos generados por la cobertura de las pólizas Soat expedidas por esta, no puede aplicarse a la misma y por ende a la presente controversia las normas especiales que regulan a cargo de las Empresas Promotoras de Salud el pago de las cuentas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por la atención de emergencias dentro del marco general de la Seguridad Social en Salud, sino las normas especiales que regulan tal actividad dentro del marco específico del régimen del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, específicamente las establecidas en los artículos 192 a 200 del decreto 663 de 1995 y demás normas posteriores que las hubieran modificado o adicionado tal disposición, complementados sus vacíos con “las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto”, como lo señala el numeral 4º del referido artículo 192 de ese Estatuto Financiero.

(...)

Al analizar dichas disposiciones se advierte que en ellas se reitera la naturaleza de contrato de seguro del Soat, explicando que a las mismas se aplican las reglas generales de este tipo de contratos con relación a las “reclamaciones” que deben efectuar las personas que se consideren beneficiarias de sus prestaciones, que documentos deben ser anexadas a tales reclamaciones y que condiciones las mismas podrán prestar mérito ejecutivo.

Así el literal a) del numeral 4º “beneficiarios” del artículo 1º de este decreto “ definiciones” señala que las IPS que han prestado los servicios médicos a las víctimas de los accidentes de tránsito adquieren frente a la aseguradora la calidad de beneficiarias para reclamar los valores de esos servicios .

(...)

En este orden de ideas, para pretender el recaudo ejecutivo de las indemnizaciones a que considera tener derecho la ejecutante por la prestación de servicios médicos a personas accidentadas cubiertas por pólizas del Soat, le correspondía a la IPS demandante acreditar que en forma oportuna presentó a la aseguradora la “reclamación” correspondiente, con el acompañamiento de todos los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía y el indicar que habían vencido los términos correspondientes para objetarlas, para generar un título ejecutivo de acuerdo a las reglamentaciones del contrato de seguro, en lugar de pretender cubrir tal carga con las meras facturas expedidas unilateralmente por ella invocando unas normas jurídicas que no son aplicables al presente asunto.

Siendo ello que genera el reconcomiendo de la excepción que la aseguradora denominó “Ausencia de Exigibilidad del Título Ejecutivo” frente a todas y cada una de las facturas acompañadas a este expediente, y siendo ello suficiente para no ordenar seguir adelante la ejecución considera esta Sala de Decisión que es inconducente entrar al análisis de la otra excepción de “pago Parcial”, razón por la cual se modificara, en lo pertinente, la sentencia de primera instancia.

Por lo anterior solicito muy respetuosamente a su despacho DECLARAR PROBADA la presente excepción, teniendo en cuenta que la parte ejecutante no allegó los documentos necesarios para acreditar el título ejecutivo complejo.

Excepciones Secundaria:

4. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., POR HABER SIDO OBJETADA TOTALMENTE POR NO CORRESPONDER A UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO:

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, hace referencia a una norma que para el análisis que haga el juez resulta de vital importancia, y es el Artículo 1.077 del Código de Comercio, , normas que establecen la obligación del asegurado de acreditar el siniestro y la cuantía y la posibilidad que tiene el asegurador de objetar el derecho reclamado con hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad.

DUMIAN MEDICAL S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

- Que el hecho que generó la atención médica no era un accidente de tránsito.

En este caso en particular se objetó parcialmente la reclamación presentada por DUMIAN MEDICAL S.A.S., en algunos casos, pues mi representada, acreditó situaciones que llevaron a esa objeción, por lo que la hoy demandante debía presentar las explicaciones pertinentes que aclararan el punto objeto de controversia.

DUMIAN MEDICAL S.A.S., en algunos de los casos objetados parcialmente presentó las respectivas explicaciones, siendo estas satisfactorias para la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., por lo que ésta procedió al pago de los conceptos que hubiesen sido aclarados y en el cuadro general adjunto encontrará el Despacho que en algunas reclamaciones existen varios pagos en favor de DUMIAN MEDICAL S.A.S., y esos pagos obedecen a que debido a la explicación de la demandante a la objeción parcial el asegurador las encontró satisfactorias y procedió a realizar el pago de algunos conceptos que había negado, pero respecto de aquellos que no fueron aclarados o frente a los que la IPS guardó silencio, se ratificó la negativa de pago, debiendo una autoridad judicial definir el reconocimiento y pago de estos.

En los casos en que se objetó totalmente porque se logró establecer que las lesiones padecidas por la víctima no eran consecuencia de un accidente de tránsito, la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., expuso las razones por las cuales consideraba no era un accidente de tránsito y no había lugar al pago.

En relación a la investigación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar del hecho en que resultó lesionada la persona y que llevo a la prestación del servicio médico, compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., realiza una verificación para constatar si se está en presencia de un accidente de tránsito; para tal efecto mi representada celebró un contrato con firmas de investigaciones de accidentes de tránsito, quien con personal experto realiza una investigación con la víctima del hecho y con los tomadores de los SOAT, para establecer si efectivamente las lesiones que motivaron la atención médica, fueron ocasionadas en un accidente que según la norma pudo ser considerado como accidente de tránsito.

La investigadora, al verificar alguna de las situaciones descritas, presenta a la aseguradora un informe que contiene las investigaciones y las pruebas de dichas investigaciones (versión víctima y asegurado, fotografías, verificaciones de la forma como ocurrió el accidente, entre otras), que le permiten a mi representada objetar de manera total la reclamación presentada por la IPS.

Conforme con lo establecido por el Artículo 2º de la Ley 769 de 2.002 y el numeral 1 del Artículo 3 del Decreto 056 del 2.015, se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido al menos un vehículo automotor en movimiento, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que, como consecuencia de su circulación o tránsito, o que, por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito, cause daño en la integridad física de las personas.

No se entiende como accidente de tránsito aquel producido por la participación del vehículo en actividades o competencias deportivas, por lo cual los daños causados a las personas en tales eventos serán asegurados y cubiertos por una póliza independiente.

De la anterior definición se colige que para que se configure un accidente de tránsito se deben dar los siguientes presupuestos: i.) Que ocurra en el territorio nacional; ii.) que involucre al menos un vehículo automotor; iii.) que el automotor cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas y; iv.) que el daño causado se produzca con ocasión del tránsito o movilización por una vía del vehículo automotor involucrado.

DUMIAN MEDICAL S.A.S., pretende en el caso objeto de estudio se obligue a la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., a realizar el pago de algunos casos que fueron reclamados con fundamento en el seguro obligatorio de accidente de tránsito, que esta última objetó al verificar que no se estaba en presencia de un accidente de tránsito, es decir, que no tenían cobertura.

Aclarada la definición de accidente de tránsito y los presupuestos necesarios para que se presenten este tipo de eventos, resulta procedente saber qué entiende la normativa actual por automotor, para poder determinar cuáles son los vehículos que en Colombia están obligados a adquirir el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y en que eventos se puede utilizar este tipo de seguro para cubrir las consecuencias de un accidente, pues no todo accidente en que esté involucrado un automotor puede ser considerado como un accidente de tránsito. La noción perseguida se encuentra establecida en el numeral 6 del Artículo 3 del Decreto 056 de 2.015, la cual es congruente con la definición dada por el legislador colombiano en el numeral 3 del Artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, norma que indica:

De conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado.

No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

Ahora bien, de la definición que trae la ley de accidente de tránsito, se colige un concepto que es necesario analizar como el concepto de vía, pues es una circunstancia de lugar que debe ser tenida en cuenta para determinar si se está ante la presencia de un accidente de tránsito o no. El Decreto 056 de 2.015 trae la noción de vía estableciendo que: *De conformidad con lo establecido en la Ley 769 de 2002, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, entiéndase por vía toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.*

De lo anterior podemos concluir que, para que el accidente sea cubierto por el SOAT, este debe ocurrir en una vía pública o privada que esté abierta al público, lo que quiere decir que si se trata de una vía que cuenta con algún tipo de restricción o en la cual no se puede transitar de manera libre sin una autorización previa, esta no encaja en la noción que trae la norma, por lo que no resulta objeto de cobertura por el SOAT.

Luego de realizar el análisis normativo con el cual se busca aclarar al Despacho los conceptos relevantes al interior del significado de la expresión accidente de tránsito, podemos concluir que cuando se presenten los siguientes eventos no estamos frente a un accidente de tránsito y, consecuentemente, no habría cobertura del SOAT:

- i. Cuando una persona sufra un accidente doméstico, laboral o de cualquier otro tipo, donde no se vea involucrado vehículo alguno, pero que, no obstante conocer esas circunstancias se busque la atención médica por medio del SOAT, lo que claramente es una causal de objeción total.
- ii. Cuando en el accidente participe un vehículo que no esté catalogado como vehículo automotor, como lo trae el numeral 3° del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.
- iii. Cuando el vehículo automotor se encuentra detenido o es movilizado de manera irregular, esto es, no se utiliza el motor de este para circular; teniendo en cuenta que es esto lo que le da la categoría de vehículo automotor; no se puede considerar un accidente de tránsito.
- iv. Cuando el accidente ocurre en una vía de carácter privada con restricción para su ingreso.
- v. Cuando el daño se produzca directamente por la caída del vehículo automotor sobre la persona sin que este en movimiento o por un choque de la persona con un vehículo que se encuentre detenido.

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., al examinar las reclamaciones presentadas por DUMIAN MEDICAL S.A.S., y teniendo el informe presentado por la firma investigadora, obtuvo establecer que el accidente que se pretendía catalogar como de tránsito no tenía las características de este tipo de evento, porque en la situaciones de tiempo modo o lugar no estuvo involucrado un vehículo en movimiento o aconteció en una vía privada con restricciones para su ingreso, logrando establecer que correspondían a un accidente doméstico, laboral o de otro tipo, y que lo que se estaba haciendo, era aparentar como un accidente de tránsito para obtener las prestaciones económicas por atenciones médicas. Es así como accidentes sufridos por las víctimas al interior de sus viviendas, sufridos por peatones al caer en andenes, calles, caños, accidentes sufridos por personas al transitar por espacios comerciales, lugares de trabajo o colisiones de peatones contra vehículos detenidos o lesiones sufridas por la caída de motocicletas o vehículos cuando se están reparando, se pretendieron convertir en accidentes de tránsito donde no estuvo involucrado un vehículo asegurado con SOAT, siendo el único objetivo obligar erróneamente al sistema del SOAT, dar cobertura a atenciones médicas de víctimas de accidentes de tránsito.

En muchas de las reclamaciones donde DUMIAN MEDICAL S.A.S., brindó atención médica a esas víctimas de accidentes que no correspondían a tránsito, con la labor investigativa, se logró establecer que la versión inicial que indicaba que había ocurrido un accidente de tránsito, no correspondía a la realidad y que las lesiones se habían sufrido en otro tipo de eventos no amparados por el SOAT, dichas facturas son las siguientes TMA218935, TMA222541 y TMA268888.

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

5. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., TODA QUE LAS FACTURAS QUE SE RECLAMAN FUERON ACEPTADAS POR LA IPS EN CONCILIACION

De conformidad a lo establecido por el artículo 1625 del Código Civil Colombiano, el pago es uno de los modos de extinguir las obligaciones:

“(...) ARTICULO 1625. Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula. Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:

- 1o.) *Por la solución o pago efectivo.*
- 2o.) *Por la novación.*
- 3o.) *Por la transacción.*
- 4o.) *Por la remisión.*
- 5o.) *Por la compensación.*
- 6o.) *Por la confusión.*
- 7o.) *Por la pérdida de la cosa que se debe.*
- 8o.) *Por la declaración de nulidad o por la rescisión.*
- 9o.) *Por el evento de la condición resolutoria.*
- 10.) *Por la prescripción.*

De la transacción y la prescripción se tratará al fin de este libro; de la condición resolutoria se ha tratado en el título De las obligaciones condicionales. (...)”

Lo anterior se menciona, toda vez que, en lo que respecta a los valores que son cobrados por la entidad demandante en este proceso, para cada una de las facturas aportadas con la demanda, debe precisarse, frente a estos, que fueron efectuadas entre COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS Y

DUMIAN MEDICAL S.A.S., en jornadas especiales de conciliación entre pares, que permitió que se verificara un acuerdo en relación con pagos por parte de mi representada de algunas facturas, y aceptación de algunas objeciones por parte de la IPS, situación que se acredita, mediante actas de conciliación suscritas por su representante legal y medico auditor, la cual apporto también dentro de la carpeta digital denominada CONCILIACIONES, para un total de 4 facturas, siendo ellas las TMA204990.

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

6. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., POR HABER SIDO OBJETADA POR FALTA DE PERTINENCIA DE LA ATENCIÓN PRESTADA

DUMIAN MEDICAL S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

- Que no hay pertinencia en el medicamento y/o tratamiento utilizado, ni en los honorarios médicos facturados entre otros

En el análisis realizado previo a exponer los casos que fueron objeto de objeción total o parcial, se hizo referencia a los documentos que deben ser aportados por aquella IPS que prestó el servicio de atención médica a la víctima de accidente de tránsito, documentos que se encuentran establecidos en el Artículo 26 del Decreto 056 de 2.015, que indica:

“Artículo 26. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.”

Conforme lo establece el Artículo 36 del Decreto 056 de 2.015, una vez la IPS radica la reclamación, la aseguradora debe estudiar, la procedencia de esta, la verificación del hecho, la acreditación de calidad de víctima, la cuantía de la reclamación y que se cumplan los términos establecidos en la norma.

Ahora bien, son los Artículos 1.077 de Código de Comercio y 143 de la ley 1.438 de 2.011, los que permiten a la aseguradora analizar y objetar las reclamaciones presentadas por la IPS, en casos como los indicados al inicio de esta excepción.

En gran parte de las reclamaciones presentadas por la CLÍNICA JALLER S.A.S., para el reconocimiento de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, no se discute el evento generador de la atención, pero si se puede discutir la pertinencia de algunas de las atenciones médicas que se brindaron a la víctima.

Ocurre con frecuencia que, con la documentación aportada por la IPS con la reclamación, los auditores médicos constatan la impertinencia de algunas atenciones médicas que se pretende cobrar; los casos más frecuentes de esas impertinencias son:

- Impertinencia de exámenes diagnósticos
- Impertinencia en la utilización de medicamentos
- Impertinencia de materiales e insumos
- Impertinencia en la colocación de material de osteosíntesis

las facturas que fueron objetadas por materiales e insumos son las siguientes:

TMA127095	TMA157713	TMA181713	TMA203800	TMA237976	TMA270054
TMA129543	TMA159962	TMA181912	TMA204563	TMA242660	TMA270102
TMA129908	TMA160215	TMA181946	TMA204790	TMA244797	TMA270140
TMA130489	TMA160588	TMA182456	TMA206716	TMA248294	TMA270256
TMA131947	TMA161326	TMA182485	TMA206761	TMA248508	TMA270772
TMA134091	TMA163291	TMA182905	TMA207186	TMA248664	TMA271041
TMA134985	TMA164305	TMA183987	TMA207190	TMA249084	TMA271504
TMA140747	TMA164611	TMA184511	TMA208043	TMA249977	TMA271976
TMA141814	TMA165157	TMA184682	TMA209061	TMA253393	TMA272082
TMA142096	TMA165894	TMA185179	TMA210086	TMA253408	TMA273539
TMA143143	TMA166546	TMA185426	TMA210389	TMA253411	TMA274033
TMA143154	TMA166700	TMA186135	TMA212169	TMA253425	TMA274093
TMA143348	TMA167907	TMA187846	TMA212976	TMA253675	TMA274104
TMA143378	TMA168617	TMA188518	TMA214411	TMA254207	TMA275183
TMA143512	TMA170245	TMA188521	TMA216335	TMA255017	TMA275966
TMA145437	TMA171366	TMA188855	TMA216691	TMA256162	TMA275986
TMA146307	TMA171773	TMA189481	TMA218221	TMA256176	TMA276140
TMA146481	TMA172134	TMA190133	TMA219018	TMA256222	TMA276377
TMA146817	TMA172548	TMA192145	TMA219092	TMA256241	TMA276898
TMA146973	TMA173155	TMA194187	TMA220882	TMA256639	TMA278453
TMA147488	TMA173526	TMA194233	TMA221607	TMA257346	TMA278506
TMA148132	TMA173875	TMA196367	TMA222289	TMA258538	TMA279186
TMA148160	TMA173906	TMA197511	TMA223641	TMA259577	TMA279437
TMA149939	TMA174338	TMA197587	TMA22460	TMA261332	TMA279511
TMA150802	TMA174374	TMA198267	TMA226905	TMA261987	TMA279523
TMA151165	TMA174495	TMA199332	TMA227630	TMA262059	TMA280235
TMA151712	TMA175817	TMA199960	TMA228276	TMA264625	TMA280236
TMA151745	TMA176546	TMA201624	TMA228748	TMA264632	TMA280258
TMA151812	TMA178056	TMA201706	TMA229207	TMA265515	TMA281227
TMA153272	TMA178471	TMA202093	TMA229215	TMA266262	TMA281267
TMA153831	TMA178495	TMA202124	TMA229589	TMA266922	TMA282153
TMA154840	TMA178515	TMA202954	TMA230515	TMA26767	TMA282457
TMA154993	TMA178530	TMA203026	TMA230568	TMA26770	TMA282793

TMA155716	TMA178883	TMA203231	TMA231173	TMA267916	TMA283116
TMA155724	TMA18053	TMA203466	TMA232186	TMA267930	TMA283174
TMA156386	TMA180631	TMA203474	TMA236453	TMA267955	TMA283436
TMA156516	TMA180798	TMA203499	TMA236828	TMA268673	TMA285649
TMA156735	TMA181077	TMA203729	TMA237046	TMA268680	TMA29117
TMA75725	TMA8048				

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

7. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., POR HABER SIDO OBJETADAS / DEVUELTAS:

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, hace referencia a una norma que para el análisis que haga el juez resulta de vital importancia, y es el Artículo 1.077 del Código de Comercio, normas que establecen la obligación del asegurado de acreditar el siniestro y la cuantía y la posibilidad que tiene el asegurador de objetar el derecho reclamado con hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad.

DUMIAN MEDICAL SAS, presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., hizo devoluciones, objetó total o parcialmente, a cada una de las reclamaciones que se presentaron, y lo anterior debido a que se pudo establecer:

- No se aportaron los documentos completos.
- La reclamación no correspondió a un accidente de tránsito
- La reclamación se soporta con una Póliza Prestada
- Entre otros.

De lo anterior tenemos las siguientes facturas así:

TMA271323	TMA222219	TMA205416	TMA185545
TMA283905	TMA223629	TMA206018	TMA196512
TMA277270	TMA223634	TMA211696	TMA197018
TMA278500	TMA236002	TMA213339	TMA143345
TMA24516	TMA270168	TMA208651	TMA137551
TMA127486	TMA272719	TMA214891	TMA205407
TMA140263	TMA277290	TMA225558	TMA201111
TMA170613	TMA285699	TMA236203	TMA209916
TMA175978	TMA285666	TMA258545	TMA214867
TMA171861	TMA178497	TMA189983	TMA179394
TMA143402	TMA195064	TMA179366	

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción

8. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., POR HABER SIDO ACEPTADA LA GLOSA POR PARTE DE LA IPS:

En primera medida debemos definir que es una glosa, y está definida como aquella inconformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Ahora bien, como lo hemos venido manifestando, es claro tanto para nosotros como para la sociedad DEMANDANTE, que el trámite que le corresponde a las reclamaciones que se relacionan a continuación y demás reclamaciones que también fueron objetadas en el presente proceso por el mismo motivo, se rigen dentro del marco de las normas que regulan el CONTRATO DE SEGURO, pues no puede su señoría confundirse, ya que no es posible aplicar las normas de la ACCION CAMBIARIA, en un caso como el que nos ocupa, por existir norma especial.

Siendo así, la única forma que habilitaría el proceso ejecutivo sería la establecida en el artículo 1053 del comercio en su numeral 3, pero lo más importante es tener la claridad que el hecho que se inicie un juicio ejecutivo contra el asegurador por esas razones, no le impide presentar los argumentos exceptivos que considere necesarios, como bien lo ha establecido la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

“(...) 3.- Si el beneficiario reclama pago ante el asegurador, con base en un riesgo no amparado, ya sea porque el siniestro ocurrido es totalmente ajeno al contratado o porque la especie reclamada está excluida contractualmente del género constitutivo del siniestro, ningún derecho puede surgir para el primero de la simple circunstancia de que su reclamación no sea objetada por el segundo en el plazo legal, porque esa omisión no es en el derecho colombiano fuente de obligaciones. - Por lo mismo el juzgador, frente a la inexistencia de contrato que recaiga sobre el riesgo específico en que se apoye la demanda, ninguna obligación puede deducir a cargo de la Compañía Aseguradora, ni siquiera pretextando que ésta se abstuvo de objetar extrajudicialmente la reclamación. No tiene aquí otro camino el fallador que admitir la defensa correspondiente, pues la ausencia de objeción no es óbice para reconocer los hechos exceptivos relacionados con la obligación demandada, o sea, aquellos que tiendan a establecer que el derecho del asegurado no existe por no haber nacido a la vida Jurídica o por haberse extinguido una vez nacido o por haber sufrido modificaciones, o por inexigibilidad actual del mismo. (...)”¹ (Negrillas y subrayas por fuera del texto original)

Lo subrayado deja en claro que, si se llegare a considerar que la reclamación no fue objetada por el asegurador en el plazo legal, es claro que al existir una exclusión del género constitutivo de un evento, ningún derecho puede surgir, pues esa omisión no es en derecho colombiano fuente de obligación.

La doctrina por su parte ha establecido lo siguiente:

“(...) En este orden de ideas, si la falta absoluta de objeción no elimina la posibilidad de defensa para la aseguradora, mucho menos puede predicarse tal consecuencia cuando se presenta una objeción seria y fundada en la que se expresan algunos motivos, pues aunque lo deseable es que la compañía exponga, en la medida de lo posible, todas las razones que tiene para negar el pago de una indemnización, nada impide la aducción posterior de otros argumentos que, desde luego, tendrán que ser considerados en el momento de resolver un eventual conflicto. (...)”²

Ahora, con lo anterior clarificado, aterrizo en el caso concreto, en el cual debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención, acercándose al lugar de los hechos, recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la IPS DUMIAN

MEDICAL S.A.S., toda vez que según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por Objeción aceptada por la IPS, como son las facturas TMA199339.

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a IPS DUMIAN MEDICAL S.A.S., la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas en la presente excepción.

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

9. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., POR HABER SIDO GLOSADA POR FALTA DE SOPORTE.

En primera medida debemos definir que es una glosa, y está definida como aquella inconformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

En el análisis realizado previo a exponer los casos que fueron objeto de objeción total o parcial, se hizo referencia a los documentos que deben ser aportados por aquella IPS que prestó el servicio de atención médica a la víctima de accidente de tránsito, documentos que se encuentran establecidos en el Artículo 26 del Decreto 056 de 2.015, que indica:

“Artículo 26. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.”

Conforme lo establece el Artículo 36 del Decreto 056 de 2.015, una vez la IPS radica la reclamación, la aseguradora debe estudiar, la procedencia de esta, la verificación del hecho, la acreditación de calidad de víctima, la cuantía de la reclamación y que se cumplan los términos establecidos en la norma.

Ahora bien, son los Artículos 1.077 de Código de Comercio y 143 de la ley 1.438 de 2.011, los que permiten a la aseguradora analizar y objetar las reclamaciones presentadas por la IPS, en casos como los indicados al inicio de esta excepción.

DUMIAN MEDICAL S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

- Que no se oporto, el FUARIS, No se aportó lectura de los exámenes, entre otros.

Las facturas que fueron objetadas por materiales e insumos son las siguientes:

TMA262133	TMA148932	TMA151427	TMA185521	TMA138432	TMA266704
TMA267351	TMA149013	TMA155117	TMA179226	TMA176845	TMA281875
TMA246322	TMA149048	TMA159429	TMA185896	TMA206710	TMA283164
TMA280229	TMA149799	TMA159436	TMA177498	TMA212143	TMA280262
TMA281178	TMA150815	TMA160195	TMA192199	TMA212287	TMA281230
TMA279076	TMA150844	TMA164971	TMA179305	TMA216909	TMA278507
TMA285835	TMA150961	TMA165350	TMA197206	TMA217747	TMA279166
TMA208854	TMA152012	TMA165566	TMA197937	TMA222665	TMA157392
TMA159788	TMA137572	TMA166373	TMA132018	TMA234268	TMA178029
TMA177450	TMA146297	TMA134461	TMA200331	TMA143053	TMA244057
TMA17759	TMA153071	TMA167801	TMA200900	TMA143476	TMA246297
TMA7222	TMA153706	TMA171623	TMA201007	TMA143489	TMA203335
TMA20338	TMA156715	TMA140887	TMA154012	TMA143545	TMA204758
TMA136612	TMA159641	TMA168042	TMA200550	TMA106758	TMA171851
TMA127044	TMA142674	TMA169745	TMA201027	TMA246031	TMA184303
TMA131237	TMA142710	TMA171017	TMA202410	TMA212094	TMA147004
TMA131244	TMA143164	TMA178523	TMA202742	TMA252376	TMA149640
TMA142768	TMA145577	TMA179626	TMA202919	TMA221086	TMA143541
TMA145447					

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

10. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS, POR NO HABER SOBRE COSTO EN LOS MEDICAMENTOS.

En primera medida debemos definir que es una glosa, y está definida como aquella inconformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

En el análisis realizado previo a exponer los casos que fueron objeto de objeción total o parcial, se hizo referencia a los documentos que deben ser aportados por aquella IPS que prestó el servicio de atención médica a la víctima de accidente de tránsito, documentos que se encuentran establecidos en el Artículo 26 del Decreto 056 de 2.015, que indica:

“Artículo 26. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.”

Conforme lo establece el Artículo 36 del Decreto 056 de 2.015, una vez la IPS radica la reclamación, la aseguradora debe estudiar, la procedencia de esta, la verificación del hecho, la acreditación de calidad de víctima, la cuantía de la reclamación y que se cumplan los términos establecidos en la norma.

Ahora bien, son los Artículos 1.077 de Código de Comercio y 143 de la ley 1.438 de 2.011, los que permiten a la aseguradora analizar y objetar las reclamaciones presentadas por la IPS, en casos como los indicados al inicio de esta excepción.

DUMIAN MEDICAL S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

- Los medicamentos que fueron utilizados por la IPS sobre pasan la tarifa del mercado, así como se logro demostan en las siguientes facturas:

TMA178757	TMA272699	TMA177611	TMA200457	TMA229223	TMA271225
TMA206463	TMA283154	TMA177103	TMA201113	TMA231599	TMA271982
TMA212215	TMA268545	TMA178533	TMA201129	TMA231813	TMA272691
TMA210978	TMA277352	TMA167559	TMA138797	TMA231560	TMA272705
TMA212272	TMA276374	TMA168964	TMA201128	TMA232691	TMA273766
TMA212696	TMA252374	TMA176525	TMA206779	TMA177252	TMA274094
TMA207174	TMA142304	TMA179274	TMA207412	TMA235979	TMA281854
TMA207941	TMA143050	TMA182585	TMA207429	TMA238095	TMA283171
TMA212573	TMA144243	TMA173909	TMA207433	TMA146489	TMA274418
TMA217311	TMA145835	TMA182010	TMA210198	TMA240507	TMA274422
TMA217343	TMA148162	TMA162320	TMA209866	TMA240049	TMA275188
TMA220078	TMA143508	TMA184806	TMA212274	TMA241926	TMA275190
TMA225718	TMA148939	TMA185839	TMA212692	TMA252186	TMA275808
TMA221482	TMA154541	TMA182892	TMA209053	TMA252380	TMA267911
TMA223669	TMA137589	TMA182042	TMA215868	TMA248708	TMA276368
TMA229104	TMA152536	TMA188148	TMA221483	TMA247655	TMA276412
TMA228267	TMA155915	TMA190878	TMA222061	TMA248284	TMA276417

TMA227831	TMA156782	TMA141253	TMA217658	TMA257303	TMA276892
TMA234387	TMA157131	TMA188907	TMA218400	TMA257865	TMA279206
TMA236290	TMA159949	TMA190384	TMA217352	TMA256171	TMA281173
TMA248617	TMA159965	TMA190759	TMA218311	TMA256172	TMA278447
TMA246952	TMA142166	TMA191497	TMA222213	TMA262370	TMA278512
TMA253405	TMA142660	TMA198696	TMA222226	TMA262387	TMA285637
TMA256165	TMA142675	TMA199671	TMA222877	TMA263243	TMA151806
TMA257672	TMA151201	TMA143191	TMA225451	TMA265517	TMA271198
TMA260065	TMA151359	TMA160711	TMA227864	TMA266218	TMA229301
TMA264305	TMA158544	TMA138408	TMA227188	TMA266926	TMA208308
TMA270082	TMA167680	TMA169412	TMA229299	TMA270121	TMA176497
TMA263276	TMA172237	TMA156389	TMA229206	TMA270766	TMA272067

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

11. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS, POR EXISTIR PAGO TOTAL DE LO RECLAMADO

De conformidad a lo establecido por el artículo 1625 del Código Civil Colombiano, el pago es uno de los modos de extinguir las obligaciones:

“(...) ARTICULO 1625. Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula. Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:

- 1o.) Por la solución o pago efectivo.**
- 2o.) Por la novación.
- 3o.) Por la transacción.
- 4o.) Por la remisión.
- 5o.) Por la compensación.
- 6o.) Por la confusión.
- 7o.) Por la pérdida de la cosa que se debe.
- 8o.) Por la declaración de nulidad o por la rescisión.
- 9o.) Por el evento de la condición resolutoria.
- 10.) Por la prescripción.

De la transacción y la prescripción se tratará al fin de este libro; de la condición resolutoria se ha tratado en el título De las obligaciones condicionales. (...)”

por lo anterior, tenemos que las siguiente facturas se encuentran pagas en su totalidad, conforme a los comprobantes de pagos que se aportan así: TMA205416

12. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CAMBIARIA DE COBRO PARA LAS FACTURAS APORTADAS EN EL PROCESO.

Ahora bien, en gracia de discusión, si el despacho no accede a la prescripción del contrato de seguro, se solicita se declare la prescripción de la acción cambiaria, tenemos que el Código de Comercio señala en el artículo 789 lo siguiente:

“ARTÍCULO 789. <PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CAMBIARIA DIRECTA>. La acción cambiaria directa prescribe en tres años a partir del día del vencimiento.”

De conformidad con lo anteriormente narrado, tenemos que la acción cambiaria prescribe en tres años contados a partir del vencimiento de la factura en este caso, por lo que revisadas las reclamaciones aportadas como título ejecutivo por la IPS demandante, encontramos que el término de vencimiento es de 30 días.

Ahora encontramos que dentro de las reclamaciones aportadas existen algunas con fecha de creación que van desde el año 2012 hasta el año 2014, transcurriendo para la totalidad de estas reclamaciones más de 3 años a partir de su emisión y posterior radicación y no se interrumpió dicho término con la presentación de la demanda, que se dio el día 26 de julio de 2018.

Por todo lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar, por lo que ruego al despacho declarar probada al momento de dictar sentencia de fondo.

13. COBRO DE LO NO DEBIDO

Conforme al numeral 4º del artículo 195 del Decreto 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica y farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a personas en accidentes de tránsito, “*serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras*”.

A renglón seguido la norma dispone: “*Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causa-habiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido ese plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990*” (Negritas, subrayado y resaltado ajenos al texto original).

Teniendo en cuenta lo anterior, el establecimiento hospitalario o institución prestadora de servicios de salud que se considere beneficiaria de la prestación asegurada contenida en una póliza SOAT, debe acreditar los presupuestos sustanciales y dar cumplimiento al artículo 1077 del C. de Co.

En ese sentido, si se verifica la conducta asumida por la entidad demandante, lo dispuesto en el Estatuto Orgánico y las normas que regulan el contrato de seguro, se puede inferir, sin temor a equívocos, que no hay lugar al reconocimiento de la suma deprecada en la demanda, por cuanto – como ya se dijo- la parte actora no dio cumplimiento a lo preceptuado en el artículo 1077 del C. de Co., en relación con las facturas que aparecen como objetadas.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Decreto 056 de 2015, Artículos 192 y 193 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Artículos 1053 y 1077 del código de comercio y los artículos 422, del Código General del Proceso.

PRUEBAS

DOCUMENTALES

- Sentencia AC3571 – 2017 radicación 11001020300020170050700 Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil. 7 folios.
- Sentencia de primera instancia radicación 00038-2011 Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Barranquilla. 10 folios.
- Sentencia de Segunda instancia radicación 2011-00038 Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Civil Familia. 10folios.
- Sentencia de Segunda Instancia radicación 39426 radicado 080013103011201300160 Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Civil Familia. 6folios.
- Sentencia proferida por el juzgado 19 civil municipal de Barranquilla radicación 080014003016201200163 de fecha 15 febrero de 2019. 13 folios
- Auto de fecha 13 de agosto de 2013 radicación 2018-00581 Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Aguachica Cesar.8 folios
- Sentencia de Fecha 18 de octubre de 2019 Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla – Sala Civil Familia, proceso ejecutivo radicado No. 0800131030520170025400, Dte: Clínica Jaller SAS, Ddo: Seguros Generales Suramericana. M.P. Dr. Alfredo Castilla.
- Sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Quinta Civil-Familia Magistrada Sustanciadora: GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO Código. 08-001-31-53-013-2017-00149-03 Rad. Interno. 42686 Barranquilla, doce (12) de agosto de dos mil veinte (2020).
- Cuadro de Excel denominado cruce de cartera DUMIAN MEDICAL SAS VS MUNDIAL DE SEGUROS ACUMULADO 2.
- Liquidaciones de las facturas.
- Y Las pruebas documentales que se anexan en el LINK puesto a disposiciones de las partes en el acápite denominado anexos.

TESTIMONIO

Solicito respetuosamente al despacho, se le reciba testimonio del doctor ARIEL CARDENAS FUENTES en su calidad ASEROR de reclamaciones de Seguros de Indemnizaciones SOAT o quien haga sus veces de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., quien puede recibir notificaciones en la Calle 33 No. 6b-24 de la ciudad de Bogotá, para que declare sobre el proceso ejecutivo, el pago de las facturas, investigaciones, objeciones, y además ratifique el contenido del documento por el suscrito.

INTERROGATORIO DE PARTE

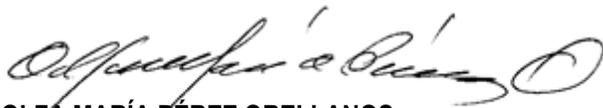
Solicito se cite a la Representante Legal de la DUMIAN MEDICAL S.A.S., o quien haga sus veces, para que absuelva el interrogatorio de parte que le formularé en la respectiva audiencia o diligencia, sobre los hechos de la demanda y excepciones. Su citación se puede efectuar en la dirección indicada en la demanda y a ella me remito.

ANEXOS

Los anunciados en el acápite de prueba documental, que se encuentran a disposición del despacho y las demás partes procesales, a través del siguiente link: [DESCARGAR ANEXOS AQUÍ](#)

- La parte demandante, recibe notificaciones físicas en la Carrera 36A. No. 6-42, Cali- Valle del Cauca y electrónicas al correo notificaciones_judiciales@dumianmedical.net
- Apoderado del demandante Carrera 35 Nro. 54-25, Of. 401 de Bucaramanga y electrónicas al correo jhonf001ster@gmail.com
- La sociedad COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., recibirá notificaciones en la dirección Calle 33 No. 6b-24 de la ciudad de Bogotá. Y la siguiente dirección electrónica impuestosmundial@segurosmundial.com.co
- El suscrito recibirá notificaciones en el despacho del juzgado o en mi oficina de abogada situada en la Carrera 58 No 70-110 Oficina 4 piso 2 de la ciudad de Barranquilla y al correo operez@ompabogados.com

Del señor Juez, atentamente,



OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS
C.C. No 39.006.745 de El Banco (Magdalena)
T.P. No 23.817 del C.S. de la J.
Proy: HAAF VB:
M081 Acumulado2