



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA CIVIL DE DECISION
MAG. SUSTANCIADOR DR. FLAVIO EDUARDO CÓRDOBA FUERTES

Santiago de Cali, treinta (31) de julio de dos mil veinticuatro (2024)

APROBADO POR ACTA No. 104

Rad. No. 76001 – 31 – 03 – 019 – 2022– 00232 - 01 (10372)

REF: PROCESO VERBAL DE RCC DE COSMITET LTDA. FRENTE A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

Decide la Sala, el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Diecinueve Civil del Circuito en el asunto de la referencia.

I.- ANTECEDENTES

A.- COSMITET LTDA. CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA. inició proceso de responsabilidad civil contractual contra AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., con el fin de que se declare que prestó los servicios de salud a los asegurados de la demandada y que ésta le adeuda por este concepto los valores contenidos en las facturas de venta y demás soportes que se encarga de relacionar.

Como consecuencia de lo anterior, se condene a **AXA COLPATRIA S.A.** a reconocer y pagar a **COSMITET LTDA - CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM & CIA** las sumas de dinero contenidas en las facturas de venta y demás soportes relacionados, junto con los intereses moratorios por el retardo en el

pago, causados desde que la obligación se hizo exigible y se constituyó en mora el deudor y hasta la fecha de la providencia, liquidados a la tasa de intereses moratoria aplicable a los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (Dian), tal y como lo dispone el artículo 24 del Decreto 4747 de 2007, el artículo 4° de la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011.

B.- Como hechos de la demanda se informa que **COSMITET LTDA. - CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM & CIA**, a través de la Clínica Rey David de esta ciudad, prestó de manera efectiva los servicios de salud a los pacientes que sufrieron accidentes de tránsito y que se encontraban asegurados por la póliza de seguros de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito - SOAT- adquirida de **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, en la modalidad de atención por evento; servicios que corresponden inicialmente a la atención de urgencias, dentro de los cuales y con ocasión de la atención médica se generaron obligaciones y/o acreencias las cuales se encuentran plasmadas en **866** facturas que presentan un saldo pendiente de pago por la suma de **\$ 626.257.371.**

Se agrega que las 866 facturas en cuestión fueron radicadas oportunamente ante la aseguradora, sin que a la fecha **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.** haya cumplido con su obligación de pagar los valores contenidos en aquellas derivadas de la efectiva prestación de los servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en el literal d) Art. 13 de la Ley 1122 de 2007, en concordancia con el literal b) del Art. 4° del Decreto 4747 de 2007, ratificado por el Art. 56 de la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 056 de 2015.

En su concepto, la mora en el pago de las obligaciones que se encuentran contenidas en las facturas objeto de la demanda debe ser resarcida, mediante la concesión de los intereses moratorios aplicables a los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (Dian), tal y como lo dispone el artículo 24 del Decreto 4747 de 2007, el artículo 4º de la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, en razón al retardo en el pago de la obligación.

II.- CONTESTACIÓN DE LA DEMANDADA.

-AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. se opone a las pretensiones de la demanda, objeta el juramento estimatorio y formula las excepciones de mérito que denominó *"PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN FORMULADA EN CONTRA DE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., CON BASE EN LAS FACTURAS EMITIDAS POR COSMITET LTDA."*, *"LAS FACTURAS ADJUNTAS AL ESCRITO DEMANDATORIO NO CUMPLEN CON LOS REQUISITOS PREVISTOS EN EL DECRETO 056 DE 2015 PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SERVICIOS DE SALUD SUMINISTRADOS A VÍCTIMAS DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, CON CARGO AL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO – SOAT"*, *"ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA"* y la *"GENÉRICA"*.

Para tal fin empieza por señalar que, el artículo 11 del Decreto 056 del 2015 establece que tratándose de servicios de salud prestados a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, la reclamación efectuada por parte del correspondiente prestador de servicio que atendió la víctima, deberá formularse dentro de los términos previstos en el artículo 1081 del Código de Comercio, mientras que el artículo 41 del mismo decreto establece que para el pago de dichos servicios la institución prestadora debe presentar la respectiva reclamación económica 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 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.

Conforme con ello, considera que respecto de las facturas emitidas con ocasión a los servicios médicos suministrados en virtud de los amparos concertados en los contratos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT, opera el régimen especial de prescripción previsto en el artículo 1081 del C. de Co., cuyo término de dos (2) años se computa a partir de la fecha en que la víctima fue atendida tal como impone el artículo 41 el Decreto 056 de 2015, a partir de lo cual aduce que las facturas emitidas por eventos ocurridos en los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 se encuentran prescritas si en cuenta se tiene que, la demanda solo se radicó el 28 de septiembre de 2022, esto es, cuando ya habían transcurrido 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4 y 3 años, respectivamente, desde la atención médica brindada a la víctima, lo que también ocurre respecto de las facturas correspondientes a atenciones brindadas en los meses de febrero y julio de 2020 toda vez que hasta la fecha de presentación de la demanda (28 de septiembre de 2022), evidentemente el término de prescripción ya se había consumado.

Refiere a continuación que de las facturas relacionadas en la demanda, 27 de ellas fueron totalmente pagadas por la aseguradora en la suma de \$ 3.763.518, como se acredita con las órdenes de pago que allega con el escrito de contestación, mientras que respecto de las facturas restantes, se cancelaron parcialmente las sumas contenidas en ellas dado que fueron objetadas y/o glosadas oportuna y fundadamente, como se acredita con los documentos adjuntos; glosas que fueron aceptadas por

la parte actora, habida cuenta de que no fueron subsanadas por esta última conforme al Artículo 23 del Decreto 4747 de 2007.

Con fundamento en lo anterior, concluye que no existe ninguna obligación ni saldos pendientes por cancelar a la demandante, como quiera que, en primer lugar, respecto de todas las facturas operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro; en segundo lugar y en gracia de discusión, de las facturas relacionadas por la parte actora, 27 de ellas fueron totalmente pagadas por la aseguradora; y, por último, aun de considerarse que esta acción se encuentra en término, las facturas restantes fueron objetadas y/o glosadas oportuna y fundadamente, sin que la institución prestadora del servicio de salud las hubiese subsanado, de ahí que dichas objeciones y/o glosas se tienen por aceptadas conforme al artículo 23 del Decreto 4747 de 2007.

Por último refiere que en virtud de esa aceptación de las glosas, la IPS prestadora exoneró a la compañía de seguros de la eventual obligación de pago a su cargo, por lo que en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 del Decreto 1281 de 2001, no hay lugar al reconocimiento de intereses o cualquier otra sanción.

- **Traslado de las excepciones propuestas.**

Al momento de descorrer el traslado de los medios de defensa invocados por la demandada, la parte actora argumenta que la norma citada para la prescripción no opera dentro de este caso, dado que no se trata de una reclamación surgida por el contrato de seguro, para lo cual señala que COSMITET LTDA. no es parte del contrato de seguro y las pretensiones de este proceso están encaminadas a obtener la

declaración de la prestación de servicios de salud por parte de Cosmitet a pacientes amparados con las pólizas de seguro obligatorio en accidentes de tránsito, cuyos pagos debían ser realizados por la entidad demandada.

Así, dice, el artículo 1081 del Código del Comercio y el artículo 11 del Decreto 056 de 2015 hacen referencia directa al término que hay entre la fecha de ocurrencia del siniestro y la fecha en la que se presenta la reclamación o factura para pago; y desde el momento que se presenta la factura se interrumpe el término, para lo cual precisa que en este caso desde la fecha de atención del paciente y la fecha de radicación de la factura, no transcurrió más de dos (2) años como lo afirma la demandada.

Con apoyo en la jurisprudencia nacional que se encarga de citar concluye que, lo que debe radicarse dentro de los dos años siguientes a la ocurrencia del siniestro es la reclamación ante la respectiva compañía de seguros, lo cual se cumplió en el presente asunto.

A continuación, relaciona 16 facturas en las cuales la depuración de cartera arrojó algunos abonos o pagos totales realizados por la demandada, punto sobre el cual aclara que algunas de las facturas a las que se les aplicó los pagos referidos por **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, no se encuentran demandadas por ya encontrarse pagadas.

Por último refiere que la parte demandada no allega prueba alguna de la formulación de glosa debidamente notificada a Cosmitet, motivo por el cual a esta no le era exigible pronunciamiento y/o contestación frente a las glosas extemporáneas de las que hace referencia el apoderado judicial de la compañía de seguros.

III.- FALLO DE PRIMERA INSTANCIA:

La juez de instancia declara parcialmente probada la excepción de mérito denominada *PRESCRIPCIÓN* frente a las facturas que se encarga de relacionar (87 facturas radicadas en los años 2011 y 2012), como también la excepción de *PAGO DE FACTURAS* por valor de \$ 1.298.150, para lo cual detalla las 12 facturas respecto de las cuales se encuentra acreditado el pago total o parcial conforme a lo manifestado por la parte actora al momento de descorrer el escrito de contestación. En cuanto a las demás, declara no probadas las excepciones de mérito propuestas y, en consecuencia, declara que la sociedad AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., es responsable por el pago de los servicios de salud que prestó la sociedad demandante COSMITET LTDA - CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA a las víctimas de accidente de tránsito amparadas con las pólizas SOAT, contenidos en 775 facturas que se encarga de relacionar.

Como consecuencia de lo anterior, declara que la demandada adeuda la cuantía de \$ 541.632.267 que corresponde a la sumatoria de los servicios de salud que la demandante brindó a las personas víctimas de los accidentes de tránsito a que aluden los anexos de cada una de las facturas aportados con la demanda, junto con los intereses moratorios, contados a partir del 31 de enero de 2023 a la tasa del 6% anual.

Para arribar a tal conclusión, precisa en primer lugar que nos encontramos en el escenario de una acción declarativa en la que las facturas arrimadas con la demanda no fungen como títulos ejecutivos sino que obran como medios de prueba que deben ser valorados en su conjunto conforme a lo dispuesto en los Decretos 056 de 2015 y 780 de 2016, que regulan la presentación y cobro de los servicios de salud

prestados con cargo al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT y que establecen los documentos que deben radicar las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud ante las aseguradoras.

Así, reitera, no estamos ante una acción ejecutiva, ni ante la reclamación derivada del contrato de seguro, sino que se trata de la acción declarativa que nace de la prestación de los servicios de salud con cargo al SOAT, para lo cual trae a colación la sentencia SC15032-2017 M.P. Luis Alonso Rico Puerta y la sentencia proferida por una de las Salas de Decisión de este Tribunal el 25 de enero de 2021¹, a partir de lo cual concluye que, lo que debe presentarse dentro de los dos (2) años siguientes a la atención del paciente, es la reclamación ante la aseguradora aparejada de los soportes correspondientes y, en cuanto a las glosas y/o objeciones, es la compañía de seguros quien debe acreditar que las realizó de manera oportuna y en debida forma.

Descendiendo al caso concreto, refiere que una revisión minuciosa permite establecer que las 866 facturas fueron acompañadas con los soportes exigidos por la ley (como epicrisis, historia clínica, formularios, etc.), además que los documentos no fueron desconocidos ni tachados de falsos por entidad demandada y a partir de ellos se acredita la existencia de las pólizas expedidas por AXA COLPATRIA S.A., que las mismas se encontraban vigentes para la época de prestación de los servicios de salud, el valor de aquellos y la remisión a la aseguradora de la respectiva reclamación dentro de los (2) años siguientes a la fecha de la atención. No hay duda, dice, de la emisión y remisión de las facturas con sus anexos, como también de la prestación de los servicios médicos, aspecto que no fue controvertido por la parte demandada y frente a lo

¹ M.P. Carlos Alberto Romero Sánchez. Rad. 008-2018-00029-02.

cual la representante legal de la compañía de seguros dijo en su interrogatorio de parte no desconocerlo, punto sobre el cual señala que, respecto de las glosas referidas en el escrito de contestación de la demanda, no existe constancia de su envío y menos aún de su recibido por parte de COSMITET LTDA., como tampoco se aportó el dictamen pericial que se anunció con la finalidad de demostrar la formulación y remisión de la glosa y/o objeción a la demandante.

Con fundamento en lo anterior, señala que se encuentra acreditada la atención médica cuya declaración se pretende en la demanda y el monto de aquella, esto es, la ocurrencia del siniestro y su cuantía, comunicada oportunamente a la aseguradora dentro de los dos (2) años siguientes, por lo que aborda el análisis de las excepciones de mérito propuestas. Para tal efecto, inicia con la de prescripción y luego de reiterar que *no se trata de una responsabilidad civil derivada del contrato de seguro ni de la reclamación directa contra la aseguradora*, señala que la demandante presentó dentro de los dos (2) años siguientes a la atención las respectivas facturas con sus anexos respectivos, lo cual lo acredita la misma demandada en su escrito de contestación, y ninguna supera los dos (2) años.

Ahora, agrega, no es la demanda la que debe presentarse dentro de los dos (2) años siguientes a la atención médica, *no es ese el espíritu de la norma*, al tratarse de un proceso declarativo el término de prescripción es el de diez (10) años que contempla el artículo 2356 del CC, el cual se consumó respecto de las 87 facturas que se encarga de relacionar, pero no para aquellas expedidas en virtud de servicios prestados a partir del 8 de octubre de 2012 en adelante si en cuenta se tiene que, la demanda fue presentada el 30 de septiembre de 2022.

Por último, en el análisis de la excepción de pago, relaciona las 27 facturas frente a las cuales prospera el pago total o parcial y en punto de las glosas alegadas en la contestación de la demanda, concluye que no pueden ser tenidas como presentadas, al no existir constancia de la entrega de los documentos a la IPS demandante.

IV.- REPAROS CONCRETOS.

***EL A QUO VULNERÓ LAS NORMAS SUSTANTIVAS QUE REGULAN LAS RECLAMACIONES POR SERVICIOS DE SALUD QUE REALIZAN LOS PRESTADORES DE SALUD A LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS CON OCASIÓN DE LOS AMPAROS DEL SOAT,** por cuanto concluyó que las reclamaciones relacionadas con la facturación de la prestación de este tipo de servicios de salud únicamente debe regirse por el procedimiento especial reglado en el Decreto 056 de 2015 y, con ello, desconoció que, en virtud de dicha norma especial, cualquier reclamación relacionada con la prestación de este tipo de servicios de salud deberá hacerse *"ante la compañía aseguradora que corresponda en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio"*.

En su concepto, la posición de la juez *A-quo* es errada y desconoce las normas especiales que rigen la prestación de servicios de salud a víctimas de accidente de tránsito y su respectivo cobro con cargo al SOAT, las cuales establecen que las reclamaciones (independientemente de su forma) deberán formularse dentro de los términos previstos en el artículo 1081 del Código de Comercio y, de ninguna manera, limitan o restringen la aplicación la aplicación de esta norma a aquellas reclamaciones realizadas mediante facturas o procesos ejecutivos, punto sobre el cual trae a colación concepto de la Superintendencia Financiera de fecha 24 de enero de 2003.

Según dice, el término bienal se computa a partir de la fecha en que la víctima fue atendida como lo impone el artículo 41 del Decreto 056 de 2015, motivo por el cual la acción que nos ocupa fue instaurada por fuera del término de los dos años previstos en las normas citadas si en cuenta se tiene que, las atenciones datan de los años 2011 a 2019 y los meses de febrero y julio de 2020 y la demanda tan sólo fue presentada el 28 de septiembre de 2022.

***NO ES VIABLE REVIVIR LOS TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO A TRAVÉS DE UN PROCESO DECLARATIVO,** para lo cual afirma que no se tuvo en cuenta en la sentencia que, frente a los mismos hechos la demandante ya había presentado reclamaciones y facturas que, para la fecha de presentación de la demanda, se encontraban prescritas; por el contrario consideró la juez *A-quo* que esas reclamaciones eran distintas a las presentadas en este proceso, bajo el argumento de que la naturaleza del presente litigio era de tipo declarativo, reviviendo así mediante la figura del proceso declarativo, los términos de estas reclamaciones que se encontraban evidentemente prescritos.

Resalta a continuación que, era carga de la demandante iniciar las acciones tendientes al reconocimiento y cobro de estos servicios dentro del término de prescripción, lo cual no sucedió. *"...Es más, pasó tanto tiempo sin que la demandante ejerciera ningún tipo de acción que, incluso si hipotéticamente se computara el término prescriptivo desde la fecha de radicación de la factura, de todos modos, la acción también estaba prescrita..."*.

***INDEBIDA VALORACIÓN PROBATORIA DE LA RELACIÓN DE OBJECIONES PRESENTADAS POR AXA COLPATRIA A LAS RECLAMACIONES DE COSMITET LTDA.,** para lo cual afirma que la relación de las objeciones realizada en

la contestación de la demanda no fue desconocida por la demandante de conformidad con el artículo 272 del Código General del Proceso, como tampoco fue desvirtuado por la demandante en el presente proceso el contenido de esta prueba.

V.- SUSTENTACIÓN Y FALLO.

En el término dispuesto en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, la parte demandada sustenta su recurso de apelación, reitera los argumentos expuestos al momento de formular los reparos concretos contra la decisión de primera instancia e insiste en que la juez *A-quo* decidió no aplicar el término prescriptivo de dos años previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, en concordancia con el artículo 11 del Decreto 056 de 2015, con fundamento en que el presente proceso era de tipo declarativo y que, por tanto, la discusión gravitaba en torno a la prestación efectiva de los servicios de salud a víctimas de accidentes de tránsito, y no frente al pago de las facturas que fueron presentadas por la demandante por la prestación de estos servicios de salud, lo que a su juicio torna que la prescripción aplicable sea la de 10 años consagrada en el artículo 2536 del Código Civil; posición que considera errada y desconoce por completo las normas especiales que rigen la prestación de servicios de salud a víctimas de accidente de tránsito y su respectivo cobro con cargo al SOAT, a partir de las cuales establece que el régimen especial aplicable a este tipo de reclamaciones remite expresamente al régimen de prescripción especial consagrado en el artículo 1081 del C. de Co. que prevé el término de dos años para el ejercicio de las acciones derivadas del contrato de seguro, mismos que conforme al artículo 41 del Decreto 056 de 2015 se cuentan desde que se presta el servicio médico al paciente.

Según dice, lo que pretende la parte actora está ligado a que la institución prestadora de servicios de salud obtenga el pago con afectación del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito SOAT, lo que se traduce en controversias relacionadas con un contrato de seguro, razón por la cual, dice, es errado el argumento del juez de primera instancia al considerar que la prescripción aplicable es la de 10 años por tratarse de un proceso declarativo con fundamento en el cobro por servicios de salud prestados.

Citando concepto de la Superintendencia Nacional de Salud del año 2015, afirma que la presentación de la demanda por parte de Cosmitet sí debía hacerse dentro de los dos años siguientes a la prestación de los servicios médicos, pero como ello no se hizo, en este caso operó la prescripción de ahí que, dice, la sentencia recurrida debe ser revocada como quiera que la juez *A-quo* aplicó al asunto un término de prescripción previsto para la acción ordinaria (10 años) conforme al artículo 2356 del CC, cuando lo cierto es que a pesar de ser un proceso declarativo, aquel envuelve contratos de seguros - SOAT, por lo que su término prescriptivo es de dos años conforme al artículo 1081 del C de Co. por ser norma especial frente a relaciones aseguraticias, punto sobre el cual precisa cómo el despacho tomó como punto de referencia la fecha de radicación de las facturas, lo cual es diferente de la reclamación que debe presentarse ante la compañía de seguros, la cual se traduce en la solicitud de pago acompañada de los medios que acreditan la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida (artículo 1077 del C. de Co.) lo que no ocurre con la sola radicación de la factura.

Por lo que, en gracia de discusión, si después de aquel reclamo (*que no lo fue*) el asegurador no paga, la consecuencia lógica es emprender las

acciones judiciales para que se dirima el litigio, es decir acudir o poner en funcionamiento el aparato judicial para dirimir el litigio dentro del término extintivo del artículo 1081 del C. de Co. Pero incluso, *“...si se quisiera entender que aquella radicación de las facturas constituyó un reclamo (que no lo es) pues el sentenciador de primer grado incurrió en errado raciocinio o mejor dicho NO contempló que “aquel reclamo extrajudicial” generaba la interrupción del término prescriptivo a voces del inciso final del artículo 94 del CGP...”*, ello implica que desde aquella calenda vuelve a contarse enteramente el término prescriptivo como lo dispone el artículo 2356 del C. de Co. y, aun así, la demanda presentada el 30 de septiembre de 2022 ocurrió por fuera de los dos años requeridos.

Por lo anterior, si la fecha de radicación de las facturas es de los años 2011 y 2012, basta ello para concluir que desde aquellos años hasta el 30 de septiembre de 2022 cuando se presentó la demanda, sin duda transcurrió más de dos años sin que se ejerciera la acción y por ende operó la prescripción para todas y cada una de las facturas relacionadas en la demanda; términos que, insiste, no pueden ser revividos so pretexto de aplicar la prescripción del Código Civil y no la del Código de Comercio y las normas especiales que regulan los cobros con cargo al SOAT.

Por último, insiste en la aseguradora formuló las respectivas glosas y objetó la totalidad de las facturas emitidas por la sociedad demandante (exceptuando las 30 que fueron totalmente pagadas y que se identificaron en el proceso), sin que Cosmitet Ltda. hubiere emitido respuesta alguna y sin que en el trámite de este proceso la entidad demandante hubiese controvertido o desconocido la relación de objeción allegada con la contestación de la demanda de conformidad con el artículo 272 del CGP.

VI.- CONSIDERACIONES DE LA SALA.

A. PRESUPUESTOS PROCESALES Y LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA.

Sea lo primero decir que la presencia de los presupuestos procesales es incuestionable, toda vez que la jurisdicción y la competencia concurren a cabalidad, a la par que a las partes les asisten la capacidad para ser parte, así como la de comparecer al litigio. De igual forma la demanda principal, como las actuaciones de ella derivadas, reúnen los requisitos formales, y no existe causal de nulidad que invalide lo actuado.

No siendo presupuesto procesal, existe la legitimación en la causa tanto por activa como por pasiva, teniendo en cuenta que COSMITET LTDA., en su calidad de Institución Prestadora de los Servicios de Salud, es quien demanda el pago de aquellos con cargo al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT, y ha sido demandada AXA COLPATRIA S.A. por ser la compañía que expidió las pólizas correspondientes.

B.- PROBLEMAS JURÍDICOS.

En atención a lo decidido por el juez a-quo y a los argumentos de la apelación, corresponde a este Despacho dar respuesta a los siguientes problemas jurídicos:

i).- ¿Cuál es la acción que se intenta en esta oportunidad?

¿Cuál es el término de prescripción que opera en el presente asunto? ¿El de dos (2) años que consagra el artículo 1081 del C. de Co. o el de diez (10) años contemplado en la norma general del Código Civil, artículo 2356?

¿Cómo opera el cómputo del término de prescripción de las obligaciones objeto de este proceso? ¿es cierto que las mismas se encuentran prescritas en su totalidad como lo alega la parte apelante?

C.- RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS.

c.1.- De la prestación de los servicios de salud con cargo al Seguro Obligatorio de Accidentes -SOAT-.

El Régimen del Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a las Personas en Accidentes de Tránsito, fue creado en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto 663 de 1993 que, en el numeral 1° del artículo 192, dispone que *"Para transitar por el territorio nacional todo vehículo automotor debe estar amparado por un seguro obligatorio vigente que cubra los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito..."*.

Por su parte, el numeral 4° del artículo en mención 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, el artículo 195 en su numeral 4° consagra a favor de las IPS la acción para reclamar el costo de los gastos médicos y de transporte al disponer que: *"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...". (Resalta la Sala).

En desarrollo de lo anterior, el artículo 6° del Decreto 056 de 2015, dispone que las víctimas por daños causados como consecuencia de accidentes de tránsito, entre otros, *"...tendrán derecho al cubrimiento de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones; indemnización por incapacidad permanente, gastos de transporte y movilización al establecimiento hospitalario o clínico, indemnización por muerte y gastos funerarios en las cuantías señaladas en la normativa vigente..."*, mientras que el artículo 8° del mismo decreto establece que *"Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, **el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima**"*.

En punto de la reclamación por los servicios médicos prestados por una IPS, el mismo Estatuto en el artículo 11, dispone que los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, al paso que en el artículo 26 se relacionan los documentos que debe contener la citada reclamación, entre ellos, el Formulario de reclamación que para el efecto se adopte, la epicrisis o resumen clínico de atención, los documentos que soporten el contenido de la historia clínica y el original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio.

En línea con lo anterior, el artículo 41 dispone que para el pago de reclamaciones “...*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...”

En igual sentido, lo regula el Decreto 786 de 2016 en los artículos 2.6.1.4.2.5, 2.6.1.4.2.20 y 2.6.1.4.4.1, respectivamente.

Por último, los artículos 38 del Decreto 056 de 2015 y 2.6.1.4.3.12 del Decreto 758 de 2016, disponen que “*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 moratoria igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad”*.

c.2.- Conclusión a partir de la prueba.

c.2.1.- En el presente caso, COSMITET LTDA. CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM & CIA formuló demanda verbal con el fin de que se declare que prestó los servicios de salud a los asegurados de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. contenidos en 866 facturas por valor

total de \$ 626.257.371 *"...que corresponden a la prestación de servicios de salud, a los pacientes que sufrieron accidentes de tránsito y se encontraban asegurados por la póliza de seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT, adquirida de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A..."*; y, como consecuencia de lo anterior, se condene a la demandada al pago de la suma en mención junto con los intereses de mora.

Para la juez *A-quo*, no estamos ante una acción ejecutiva, ni ante la reclamación derivada del contrato de seguro, sino ante una acción declarativa que nace de la prestación de los servicios de salud con cargo al SOAT y, por tanto, dice, el término de prescripción es el de diez (10) años que contempla el artículo 2356 del Código Civil, modificado por la Ley 791 de 2002.

Para la Sala, la presente acción no puede entenderse desligada del contrato de seguro obligatorio de accidentes de tránsito y, por ende, le es aplicable el término de prescripción dispuesto en el artículo 1081 del C. de Co., por lo siguiente:

Como ya vimos, el comúnmente denominado SOAT es aquel con el que debe contar todo vehículo automotor para transitar por el territorio nacional, con el fin de cubrir los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito.

Al respecto, se ha explicado que la naturaleza jurídica del SOAT se acerca más a un *"seguro de accidentes personales que se enmarca en la clasificación de los seguros de personas y por ello le son aplicables los artículos 1137 a 1162 del Código de Comercio..."* por cuanto *"(...) así se desprende de la denominación que el legislador le ha dado en el encabezamiento del decreto;*

de otro lado, la indemnización del perjudicado no está condicionada a la responsabilidad del tomador causante del daño, ya que ni siquiera la causa extraña libera de sus obligaciones al asegurador (...)”.

Aunado a lo anterior, debe recordarse que el interés asegurable en el Soat es propio de los seguros de accidentes personales y no uno de responsabilidad civil pues busca proteger la vida, salud e integridad y no el patrimonio del asegurado, pues, además, el asegurado no es el causante del daño sino la víctima del accidente.

Ahora bien, el Soat, desde su creación, surge con una finalidad de tipo social y solidario frente a las víctimas de accidentes de tránsito, que son la parte débil y vulnerable dentro de dicho conflicto jurídico. Por tal razón, se constituye de forma obligatoria la adquisición del Soat con el fin de garantizar una atención de tipo inmediato a las víctimas de accidentes de tránsito con el fin de preservar su vida e integridad personal...².

De acuerdo con ello, tratándose del SOAT, el interés asegurable consiste en la vida e integridad corporal de las potenciales víctimas de accidentes de tránsito, las cuales ostentan la calidad de asegurados; el tomador del seguro no es el asegurado sino que tienen esta calidad todas las víctimas de un accidente de tránsito; el riesgo que cubre esta modalidad aseguraticia es el hecho futuro e incierto consistente en la eventual ocurrencia de un accidente de tránsito que genere daños a personas, en el cual el vehículo descrito en la póliza se vea involucrado; las coberturas otorgadas por el SOAT son definidas por las normas; en el caso del amparo de gastos de salud el valor que pagará la aseguradora ascenderá al monto de los servicios suministrados a la víctima. Se trata de un típico

² Cartilla del SOAT que puede ser consultada en: <file:///C:/Users/carol/Downloads/Cartilla-SOAT-Fundamentos-Tecnicos-y-Juridicos-del-Seguro.pdf>

seguro de personas en el que se incluyen los amparos de muerte, incapacidad total y permanente y gastos de salud³.

Así, en el caso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones, la ley le confiere a las Instituciones Prestadoras de Salud, como lo es COSMITET LTDA., la titularidad de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras por los servicios prestados, la cual se rige por lo dispuesto en los artículos 1077 y 1081 del C. de Co.

Conforme con lo anterior, es claro que las instituciones prestadoras de servicios de salud 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, mientras que, una vez se acredite el derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio, esto es, la IPS demuestre la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida con los anexos que exige la ley, la compañía deberá proceder al pago dentro del mes siguiente a la fecha en que tenga lugar dicha reclamación.

Pero ¿qué sucede sí, dentro del mes siguiente a la fecha de presentación de la reclamación, la aseguradora no objeta o formula glosas y tampoco procede al pago de la reclamación?

Para la Sala, vencido el término de un (1) mes con el que cuenta la aseguradora para el pago u objeción de las reclamaciones, el término de prescripción para la presentación de la demanda se rige por lo dispuesto

³ Ibídem.

en el artículo 1081 del C. de Co. y no por lo dispuesto en el Código Civil si en cuenta se tiene que, al tratarse de la acción para el pago de los servicios médico-asistenciales prestados con cargo al SOAT, no hay motivo para pensar que no estemos ante una acción derivada del contrato de seguro.

En efecto, tal como lo precisa la normatividad citada en el acápite anterior, el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, en lo no previsto en ella, se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio, el cual establece parámetros generales de temporalidad a partir de los cuales se debe contabilizar la prescripción, bien que se trate de la ordinaria o de la extraordinaria.

Ahora bien, una revisión de las normas que regulan el SOAT nos permite advertir que aquellas no consagran un término especial de prescripción para las acciones que surgen de aquél, motivo por el cual se debe acudir al término general que contempla la legislación para los contratos de seguro teniendo en cuenta, eso sí, que el artículo 41 del Decreto 056 de 2015, al definir ciertas condiciones aplicables a estas pólizas, especifica el momento exacto desde el cual se tiene que contabilizar el término para la presentación de la respectiva reclamación por los gastos de los servicios de salud suministrados. Puntualmente, dispone que las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias 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 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"*.

A partir de lo anterior, es claro que para los prestadores de salud el hecho que genera la respectiva acción es la prestación del servicio médico, pues es evidente que en ese momento se consolida el conocimiento del derecho a reclamar de modo que, a partir de ese día se contabiliza la prescripción ordinaria, teniendo el límite de dos (2) años para reclamar judicial o extrajudicialmente pues, se insiste, nada nos lleva a pensar que no estemos ante una acción derivada del contrato de seguro cuando es su existencia, la que determina la legitimación y radica en cabeza de la IPS la titularidad de la acción para reclamar el pago de los servicios prestados.

Así pues, es la misma ley la que confiere derechos a las IPS que se derivan sin lugar a dudas de ese contrato de seguro y cuyas acciones, por tanto, se rigen por el término de prescripción que contempla el artículo 1081 *ibídem*, siendo del caso indicar que la sentencia de otra de las Salas de Decisión de esta Corporación, referida por la juez *A-quo* en su decisión, fue proferida en un proceso ejecutivo en el cual las consideraciones son diferentes a las aquí analizadas, lo cual sucede también con las sentencias de tutela emanadas de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las que el estudio del fenómeno prescriptivo se ha realizado en función del título complejo que deben conformar las IPS para el cobro compulsivo de las obligaciones con cargo al seguro obligatorio.

Por lo demás, en la sentencia SC15032-2017, también citada por la juez *A-quo*, el litigio no involucraba contrato de seguro alguno sino que se originaba en el cobro de servicios con ocasión de la relación contractual celebrada entre una EPS y una IPS para la prestación de aquellos en el marco del sistema de seguridad social, sin que aquí se desconozca, como

lo dejó plasmado la Corte en aquella decisión, que la acción que aquí nos convoca es de naturaleza declarativa tendiente al reconocimiento y pago de los servicios médico-asistenciales prestados por la demandante, solo que en criterio de la Sala el término de prescripción de esta acción se rige por lo dispuesto en el artículo 1081 del Estatuto Mercantil y no por el artículo 2356 del C. de Co., por derivarse del Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a las Personas en Accidentes de Tránsito – SOAT.

Ubicados en este escenario se tiene que, para el caso concreto se reclama el pago de servicios médicos prestados por la IPS actora entre el 21 de mayo de 2011 y el 11 de julio de 2020, respecto de los cuales COSMITET LTDA. radicó la respectiva documentación dentro de los dos (2) años siguientes a la fecha de la atención⁴, esto es, dentro del término que le confieren las normas que regulan el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

Ahora bien, radicada la respectiva documentación ante la aseguradora y transcurrido el término de un (1) mes sin que la aseguradora pagara ni formulara y menos aún comunicara glosa y/o objeción alguna⁵, se tiene que transcurrieron en exceso los dos (2) años que contempla el artículo 1081 del C. de Co. para la presentación de la demanda judicial si en cuenta se tiene que, aquello solo tuvo lugar el **30 de septiembre de 2022**, cuando ya se había consumado el fenómeno prescriptivo respecto de todas las obligaciones originadas en la prestación de los servicios

⁴ Según lo refiere la entidad demandada en su escrito de contestación visible en el Archivo "014" del expediente digital.

⁵ Al respecto, se tiene que, tal como lo consideró la juez *A-quo*, la relación contenida en el escrito de contestación de la demanda no demuestra que las glosas y/o objeciones allí referenciadas hubieren sido comunicadas a COSMITET LTDA.

médicos cuya reclamación fue radicada entre el **8 de noviembre de 2011 y el 6 de marzo de 2020.**

Fenómeno que no cobija las obligaciones FV17547, FV21597 y FV1492, para lo cual ha de tenerse en cuenta que, la presentación de la reclamación tiene los efectos de interrumpir la prescripción toda vez que de conformidad con lo dispuesto en el inciso final del artículo 94 del CGP *"...El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez..."*, motivo por el cual, el término para presentar la demanda se cuenta nuevamente en su totalidad una vez ha transcurrido el término de un (1) mes con el que cuenta la aseguradora para pagar u objetar, lo cual se explica porque solo una vez fenece esta oportunidad para la compañía de seguros, surge para la entidad reclamante la posibilidad de acudir, bien a la acción declarativa o bien a la acción ejecutiva en caso de que decida hacer uso de la facultad prevista en el artículo 1053 del C. de Co.

Así pues, presentadas las reclamaciones el 02/10/2020 y 02/12/2020, se tiene que el plazo para pagar u objetar venció el 02/11/2020 y 02/01/2021, respectivamente, motivo por el cual se tiene que la presentación de la demanda el día 30 de septiembre de 2022 sí interrumpió el fenómeno extintivo respecto de estas obligaciones toda vez que la notificación a la entidad demandada se realizó dentro del término que también contempla el artículo 94 ya mencionado.

Así podemos condensar el análisis en cuestión:

No. Obligación	Fecha de Atención	Fecha Reclamación (Interrupción de la prescripción)	Inicio cómputo del término de prescripción	Fecha de prescripción	Presentación de la demanda	Prescrita
FV6094	17/11/2019	06/03/2020	06/04/2020	21/07/2022 ⁶	30/09/2022	Sí
FV17547	11/07/2020	14/09/2020	14/10/2020	14/10/2022	30/09/2022	No
FV21597	24/10/2018	02/10/2020	02/11/2020	02/11/2022	30/09/2022	No
FV1492	08/12/2019	02/12/2020	02/01/2021	02/01/2023	30/09/2022	No

Así las cosas, le asiste razón a la parte apelante en cuanto afirma que para las obligaciones cuyas reclamaciones fueron presentadas entre el **8 de noviembre de 2011 y el 6 de marzo de 2020**, operó el fenómeno de la prescripción por tratarse de obligaciones derivadas del contrato de seguro, en este caso, del **SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO – SOAT**, más no así frente a las obligaciones distinguidas con los números FV17547, FV21597 y FV1492, motivo por el cual se modificará la sentencia en ese sentido.

Ahora bien, frente a las obligaciones que no resultan afectadas por el fenómeno prescriptivo, le asiste razón a la juez *A-quo* cuando señala que no fueron probadas en debida forma por la aseguradora las objeciones y/o glosas que dice haber formulado frente a las reclamaciones presentadas por COSMITET LTDA. en las fechas antes anotadas, siendo del caso indicar que, en respuesta a las excepciones propuestas por AXA COLPATRIA S.A., la entidad demandante manifestó no haber recibido comunicación o notificación de glosa u objeción alguna, motivo por el

⁶ En el cómputo se tiene en cuenta la suspensión de los términos de prescripción que operó entre el 16 de marzo y el 1° de julio de 2020 en virtud de la pandemia (Decreto 564 de 2020). /

cual le correspondía a la aseguradora demostrar tal situación, sin que hubiere logrado su cometido en el trámite del proceso.

En estos términos damos respuesta a los interrogantes de nuestro primer problema jurídico.

D.- CONCLUSIÓN.

Así las cosas, al estar acreditada parcialmente la prescripción de la acción respecto de las reclamaciones presentadas entre el 8 de noviembre de 2011 y el 6 de marzo de 2020, se impone modificar en ese sentido el numeral primero de la parte resolutive de la sentencia objeto de apelación, como también los numerales 4º y 5º de aquella para declarar que la prescripción de la acción no prospera únicamente respecto de las siguientes obligaciones distinguidas con los números FV17547, FV21597 y FV1492, motivo por el cual la suma adeudada por AXA COLPATRIA S.A. sólo asciende a la suma de **\$ 18.610.418.**

VII.- DECISIÓN.

En consecuencia, esta Sala de Decisión Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO.- MODIFICAR los numerales 1º, 4º y 5º de la parte resolutive de la sentencia objeto de apelación, de fecha y procedencia conocidas, por lo expuesto en la parte motiva de este proveído, en el sentido de

señalar que la prescripción de la acción no prospera únicamente respecto de las siguientes obligaciones:

No. Obligación	Fecha de Atención	Fecha Reclamación	Valor	Prescrita
FV17547	11/07/2020	14/09/2020	\$ 12.835.961	No
FV21597	24/10/2018	02/10/2020	\$ 2.463.097	No
FV1492	08/12/2019	02/12/2020	\$ 3.311.360	No
		Total.....	\$ 18.610.418	

SEGUNDO.- Se confirma la providencia en todo lo demás.

TERCERO.- CONDENAR en costas de segunda instancia a la parte demandante en favor de la demandada en un 80% en virtud de la prosperidad parcial del recurso de apelación, para lo cual el Magistrado sustanciador señalará por concepto de agencias en derecho la suma equivalente a cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

CUARTO.- Cumplido el trámite de instancia, **REGRESE** el expediente al Juzgado de origen.

NOTIFIQUESE

Firmado electrónicamente
FLAVIO EDUARDO CÓRDOBA FUERTES

Firmado electrónicamente
JOSÉ DAVID CORREDOR ESPITIA
Rad. 76001 – 31 – 03 – 019 – 2022 – 00232 - 01 (10372)

Firmado electrónicamente
JULIÁN ALBERTO VILLEGAS PEREA

Firmado Por:

Flavio Eduardo Cordoba Fuertes
Magistrado
Sala 003 Civil
Tribunal Superior De Cali - Valle Del Cauca

Julian Alberto Villegas Perea
Magistrado
Sala Civil
Tribunal Superior De Cali - Valle Del Cauca

Jose David Corredor Espitia
Magistrado
Sala 007 Civil
Tribunal Superior De Cali - Valle Del Cauca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **8ff03f3c5403de781fa4f260bfa5858796d216c6e8e731316eb1823276eed42b**

Documento generado en 31/07/2024 03:28:56 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>