

RADICACIÓN 760014003020-2025-00023-00

REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE CALI
PALACIO DE JUSTICIA PISO 11
CALI – VALLE

CONSTANCIA DE FIJACIÓN EN LISTA DE TRASLADO EXCEPCIONES DE MÉRITO:

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 370 del C.G.P., por secretaria **córrase traslado a la parte demandante**, del escrito de las excepciones de mérito propuestas por la demandada **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**, a través de su apoderado judicial, dentro del proceso **VERBAL PARA EL RECONOCIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTENIDAS EN FACTURAS OBJETO DE GLOSA DE MENOR CUANTÍA**, propuesta por **FABISALUD I.P.S S.A.S.** a través de apoderado judicial, en contra de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**, las cuales se mantendrán en secretaría por el **término de cinco (5) días**, para que pida pruebas sobre los hechos en que se fundan.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Art. 110 del Código General del Proceso se fija en lista de traslado No. **020** hoy **VEINTINUEVE (29) DE JULIO DE 2025** a las **8.00 a.m.**


SARA LORENA BORRERO RAMOS
Secretaria

**RV: CONTESTACIÓN DEMANDA/ RAD. 2025-00023/ DEMANDANTE. FABISALUD I.P.S. S.A.S./ DEMANDADO. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A./ DLV-C**

Desde Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Fecha Jue 22/05/2025 15:30

Para Juzgado 20 Civil Municipal - Valle del Cauca - Cali <j20cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC jefe.contable@clinicacristorey.com.co <jefe.contable@clinicacristorey.com.co>; jorgeurielabogados@gmail.com <jorgeurielabogados@gmail.com>

📎 2 archivos adjuntos (3 MB)

ANEXOS DE LA CONTESTACIÓN.pdf; CONTESTACIÓN DE DEMANDA FABISALUD VS ASEGURADORA SOLIDARIA.pdf;

Señores:

JUZGADO VEINTE (20) CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE CALI.

j20cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL DE MENOR CUANTÍA.

RADICADO: 760014003020-2025-00023-00.

DEMANDANTE: FABISALUD I.P.S. S.A.S.

DEMANDADOS: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., con dirección electrónica de notificaciones notificaciones@gha.com.co, actuando en calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC**, identificada con NIT 860.524.654-6, con dirección electrónica de notificaciones notificaciones@solidaria.com.co, comedidamente procedo dentro del término legal a presentar nuevamente la **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** interpuesta por **FABISALUD I.P.S. S.A.S.** en contra de mi procurada, lo anterior en consideración a que mediante auto No. 2064 del 21 de abril de 2025 el Juzgado tuvo por notificada por conducta concluyente a mi representada, y sin perjuicio de que la contestación ya había sido radicada el día 9 de abril de 2025.

Atentamente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.

**NOTIFICACIONES**

TEL: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075

Bogotá - Cra 11A # 94A - 23 Of 201 | +57 317 379 5688
Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Of 212 | +57 315 577 6200
Londres - EC3A 7AR GB - Edificio St Botolph. 138 Houndsditch.



gha.com.co    

Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and

managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments.

De: Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Enviado: miércoles, 9 de abril de 2025 16:40

Para: j20cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co <j20cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: jefe.contable@clinicacristorey.com.co <jefe.contable@clinicacristorey.com.co>; jorgeurielabogados@gmail.com <jorgeurielabogados@gmail.com>

Asunto: CONTESTACIÓN DEMANDA/ RAD. 2025-00023/ DEMANDANTE. FABISALUD I.P.S. S.A.S./ DEMANDADO. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A./ DLV-C

Señores:

JUZGADO VEINTE (20) CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE CALI.

j20cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL DE MENOR CUANTÍA.
RADICADO: 760014003020-2025-00023-00.
DEMANDANTE: FABISALUD I.P.S. S.A.S.
DEMANDADOS: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., con dirección electrónica de notificaciones notificaciones@gha.com.co, actuando en calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC**, identificada con NIT 860.524.654-6, con dirección electrónica de notificaciones notificaciones@solidaria.com.co, comedidamente procedo dentro del término legal a presentar **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** interpuesta por **FABISALUD I.P.S. S.A.S.** en contra de mi procurada.

Atentamente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.

NOTIFICACIONES

E- mail: notificaciones@gha.com.co / Contactos: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075



Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments

Señores:

JUZGADO VEINTE (20) CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE CALI.

j20cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL DE MENOR CUANTÍA.
RADICADO: 760014003020-2025-00023-00.
DEMANDANTE: FABISALUD I.P.S. S.A.S.
DEMANDADOS: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., con dirección electrónica de notificaciones notificaciones@gha.com.co, actuando en calidad de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC**, identificada con NIT 860.524.654-6, con dirección electrónica de notificaciones notificaciones@solidaria.com.co, comedidamente procedo dentro del término legal a presentar **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** interpuesta por **FABISALUD I.P.S. S.A.S.** en contra de mi procurada, manifestando desde este momento que me opongo a cada una de las pretensiones de la demanda conforme a las razones de derecho que se expresan en este escrito, con base en los siguientes:

SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

En el presente caso, y con fundamento en los artículos 11 y 41 del Decreto 056 de 2015 y en el artículo 1081 del Código de Comercio, se tiene que la acción formulada por Fabisalud I.P.S. S.A.S., en contra de Aseguradora Solidaria de Colombia EC, se encuentra prescrita, comoquiera que, desde la fecha de prestación del servicio médico a las víctimas de accidentes de tránsito y hasta la fecha de presentación de la demanda, han transcurrido más de los **2 años** previstos en los preceptos normativos citados. Incluso, si hipotéticamente se computara el término prescriptivo desde la fecha de radicación de la factura, de todos modos, tal como se ilustrará en líneas siguientes, la acción también estaría prescrita, por lo que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 278 del C.G.P. el

despacho deberá dictar sentencia anticipada declarando que se encuentra probado el fenómeno prescriptivo.

Conforme a lo mencionado anteriormente, es necesario recordar que la norma procesal referida hace alusión a los presupuestos bajo los cuales el Juez que conoce del proceso debe dictar sentencia anticipada:

“ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS. *Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.*

(...)

En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:

- 1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*
- 2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*
- 3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, **la prescripción extintiva** y la carencia de legitimación en la causa.”* (subrayado fuera del texto original)

Ahora bien, para continuar el análisis del fenómeno prescriptivo resulta pertinente traer a colación lo establecido en el artículo 11 del Decreto 056 de 2015 referente al término con el que cuentan los prestadores de salud para presentar la reclamación respectiva ante la compañía aseguradora:

“Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones. *Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:*

a) *Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;*

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio. (subrayado fuera del texto original)

De forma complementaria, el artículo 41 del mismo Decreto establece las condiciones generales del SOAT en las cuales incluye el término de prescripción ya referido en los siguientes términos:

“Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, 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. (...)

Teniendo en cuenta que las normas que regulan la reclamación ante la compañía aseguradora en temas relacionados con el SOAT remiten a la legislación comercial sobre la prescripción, debe recordarse que el artículo 1081 del Código de Comercio establece el término para la prescripción ordinaria y su contabilización en los siguientes términos:

“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 (...)

De esta forma, se tiene que el término de la prescripción para que la entidad prestadora del servicio de salud efectúe la reclamación respectiva a la aseguradora es de 2 años, los cuales deben contarse a partir de la prestación del servicio a la víctima del accidente de tránsito o desde su egreso de dicha institución, postura que ha sido respaldada por la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC-3075 de 2024:

“(...) En suma, la prescripción ordinaria de las acciones ejecutivas y declarativas con que cuentan las IPS para reclamar el pago del amparo de gastos de salud del **SOAT** será de dos años, contados a partir del momento en que dicha IPS «haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción», lo cual, según la regulación especializada, sucede cuando la víctima del accidente de tránsito «fue atendida o (...) egresó de la institución prestadora».”

Descendiendo al caso concreto, tenemos que las facturas objeto de litigio fueron emitidas con ocasión a servicios médicos suministrados en virtud de los amparos concertados en Contratos de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, y por lo mismo, opera el régimen especial de prescripción previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio (prescripción ordinaria), cuyo término bienal se computa a partir de la fecha en que la víctima fue atendida o que egresó de la institución de salud, tal como impone el artículo 41 del Decreto 056 de 2015. Así, tenemos que las siguientes facturas relacionadas en el escrito demandatorio se encuentran prescritas, tomando como fundamento la información que se refiere a continuación:

FACTURA PREFIJO	FECHA DE RADICACION	FECHA EGRESO	FECHA DE PRESCRIPCIÓN	ESTADO DE LA FACTURA
	FACTURA	LESIONADO		
FC3853	16/01/2017	17/11/2016	17/11/2018	PRESCRITA
FC9505	2/10/2017	26/01/2017	26/01/2019	PRESCRITA
FC9504	2/03/2017	26/01/2017	26/01/2019	PRESCRITA
FC8443	1/03/2017	17/01/2017	17/01/2019	PRESCRITA
FC7431	1/03/2017	28/12/2016	28/12/2018	PRESCRITA
FC7416	1/03/2017	26/12/2016	26/12/2018	PRESCRITA
FC10924	17/08/2017	19/02/2017	19/02/2019	PRESCRITA
FC11164	17/03/2017	15/02/2017	15/02/2019	PRESCRITA
FC10685	6/06/2017	13/02/2017	13/02/2019	PRESCRITA
FC19511	2/08/2017	21/05/2017	21/05/2019	PRESCRITA
FC17516	2/08/2017	3/05/2017	3/05/2019	PRESCRITA
FC15306	2/08/2017	17/01/2017	17/01/2019	PRESCRITA
FC9710	2/08/2017	6/02/2017	6/02/2019	PRESCRITA
FC23974	4/09/2017	5/07/2017	5/07/2019	PRESCRITA
FC20815	2/10/2017	28/05/2017	28/05/2019	PRESCRITA
FC11490	4/09/2017	21/02/2017	21/02/2019	PRESCRITA
FC19711	4/09/2017	12/01/2017	12/01/2019	PRESCRITA
FC28705	2/10/2017	24/08/2017	24/08/2019	PRESCRITA
FC12527	2/10/2017	5/03/2017	5/03/2019	PRESCRITA
FC948	14/12/2016	12/10/2016	12/10/2018	PRESCRITA
FC000386	1/11/2016	27/09/2016	27/09/2018	PRESCRITA
FC6039	16/01/2017	18/12/2016	18/12/2018	PRESCRITA
FC5662	16/01/2017	19/12/2016	19/12/2018	PRESCRITA
FC6162	16/01/2017	30/11/2016	30/11/2018	PRESCRITA
FC4266	17/03/2017	27/11/2016	27/11/2018	PRESCRITA
FC1058	17/03/2017	3/10/2016	3/10/2018	PRESCRITA
FC000666	1/11/2016	1/10/2016	1/10/2018	PRESCRITA
FC24234	23/04/2018	1/07/2017	1/07/2019	PRESCRITA
FC13002	4/09/2017	10/03/2017	10/03/2019	PRESCRITA
FC15588	23/04/2018	17/04/2017	17/04/2019	PRESCRITA

FC12929	23/04/2018	10/03/2017	10/03/2019	PRESCRITA
FC6991	16/01/2017	31/12/2016	31/12/2018	PRESCRITA
FC5647	16/01/2017	13/12/2016	13/12/2018	PRESCRITA
FC6948	16/01/2017	8/12/2016	8/12/2018	PRESCRITA
FC1385	16/01/2017	21/10/2016	21/10/2018	PRESCRITA
FC1395	16/01/2017	21/10/2016	21/10/2019	PRESCRITA
FC8353	1/03/2017	12/01/2017	12/01/2019	PRESCRITA
FC10960	1/03/2017	28/12/2016	28/12/2018	PRESCRITA
FC7446	1/03/2017	27/12/2016	27/12/2019	PRESCRITA
FC11121	5/04/2017	13/02/2017	13/02/2019	PRESCRITA
FC9289	5/04/2017	7/01/2017	7/01/2019	PRESCRITA
FC18047	2/08/2017	26/04/2017	26/04/2019	PRESCRITA
FC16735	2/08/2017	25/04/2017	25/04/2019	PRESCRITA
FC19469	2/08/2017	22/04/2017	22/04/2019	PRESCRITA
FC14351	2/08/2017	28/03/2017	28/03/2019	PRESCRITA
FC10224	2/08/2017	7/02/2017	7/02/2019	PRESCRITA
FC15102	2/08/2017	19/01/2017	19/01/2019	PRESCRITA
FC25961	4/09/2017	25/07/2017	25/07/2019	PRESCRITA
FC23969	4/09/2017	5/07/2017	5/07/2019	PRESCRITA
FC24361	4/09/2017	20/06/2017	20/06/2019	PRESCRITA
FC22455	4/09/2017	19/06/2017	19/06/2019	PRESCRITA
FC22833	4/09/2017	18/06/2017	18/06/2019	PRESCRITA
FC20657	4/09/2017	30/05/2017	30/05/2019	PRESCRITA
FC13829	4/09/2017	23/03/2017	23/03/2019	PRESCRITA
FC2965	14/12/2016	21/11/2016	21/11/2018	PRESCRITA
FC1830	14/12/2016	18/10/2016	18/10/2018	PRESCRITA
FC6258	24/01/2017	26/12/2016	26/12/2018	PRESCRITA
FC15484	4/09/2017	10/04/2017	10/04/2019	PRESCRITA
FC20567	2/08/2017	30/05/2017	30/05/2019	PRESCRITA
FC17450	4/09/2017	24/03/2017	24/03/2019	PRESCRITA
FC21067	2/10/2017	16/05/2017	16/05/2019	PRESCRITA
FC21920	2/10/2017	12/04/2017	12/04/2019	PRESCRITA

Conforme a lo señalado anteriormente, es claro que la atención brindada por Fabisalud I.P.S. a sus diferentes pacientes, la cual motivó la emisión de las facturas que fundamentan la demanda, fue prestada entre los años 2016 y 2017 en los cuales los pacientes respectivos egresaron de dicha

institución de salud. En este sentido, es claro que desde dicha época empezó a correr el término prescriptivo de 2 años regulado en el Código de Comercio, aplicable a las reclamaciones de SOAT por remisión expresa del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, remisión respaldada por la jurisprudencia, por lo tanto, la demanda presentada por la parte accionante resulta extemporánea pues la acción bajo estudio solo podía presentarse hasta el año 2018 en aquellos casos en que los pacientes egresaron de la institución de salud en el 2016, y hasta el año 2019 para las facturas relativas a la atención de pacientes cuyo egreso tuvo lugar en el año 2017.

Atendiendo a la evidente configuración del fenómeno prescriptivo, el Juez deberá dictar sentencia anticipada declarando su existencia, toda vez que dicho supuesto se ajusta al numeral 3 del artículo 278 del C.G.P.

OPORTUNIDAD

La presente contestación de la demanda se presenta de forma tempestiva teniendo en cuenta que mi representada fue notificada por correo electrónico el día 7 de marzo de 2025, por lo cual, a dicha forma de notificación deben aplicarse los términos referidos en la ley 2213 de 2022.

Conforme a lo anterior, el artículo 8 de la ley 2213 de 2022 señala frente a la notificación por medios electrónicos:

ARTÍCULO 8o. NOTIFICACIONES PERSONALES. *Las notificaciones que deban hacerse personalmente también podrán efectuarse con el envío de la providencia respectiva como mensaje de datos a la dirección electrónica o sitio que suministre el interesado en que se realice la notificación, sin necesidad del envío de previa citación o aviso físico o virtual. Los anexos que deban entregarse para un traslado se enviarán por el mismo medio.*

El interesado afirmará bajo la gravedad del juramento, que se entenderá prestado con la petición, que la dirección electrónica o sitio suministrado corresponde al utilizado por la persona a notificar, informará la forma como la obtuvo y allegará las evidencias correspondientes, particularmente las comunicaciones remitidas a la persona por

notificar.

La notificación personal se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a contarse cuándo el iniciador recepcione acuse de recibo o se pueda por otro medio constatar el acceso del destinatario al mensaje (...) (subrayado fuera del texto original)

Aplicando esta norma al caso concreto, debe tenerse en cuenta que la parte demandante remitió notificación electrónica incompleta a mi mandante, pues en el correo certificado de Servientrega mediante el cual efectuó dicha comunicación no incorporó la totalidad de los anexos anunciados en la demanda. Dicha notificación fue enviada el día 7 de marzo de 2025, por lo cual los 2 días hábiles corrieron hasta el 11 de marzo cuando se entendió surtida la notificación, en este sentido, el término empezó a contar desde el día 12 de marzo hasta el día 9 de abril de 2025, por lo que la contestación se hace dentro de término.

I. **FERENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

FRENTE AL HECHO PRIMERO: A mi representada no le consta de manera directa si la demandante es propietaria del establecimiento denominado Clínica Cristo Rey, sin embargo, así puede verificarse en el certificado de existencia y representación legal adjunto con la demanda.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: Es cierto. Lo narrado en este hecho coincide con el objeto social de Aseguradora Solidaria de Colombia EC.

FRENTE AL HECHO TERCERO: Este hecho contiene diversas afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- Es cierto que la entidad demandante deba prestar servicios de salud en su área de influencia y sujetarse a las disposiciones contenidas en la ley 100 de 1993.
- A mi representada no le consta directamente que para el cobro de los procedimientos y

atenciones médicas la demandante base dichos cobros únicamente en el Decreto 2423 de 1996, situación que la parte demandante deberá corroborar en el presente proceso.

FRENTE AL HECHO CUARTO: Este hecho no es cierto con la forma en que se plantea. Si bien mi representada como entidad aseguradora se encuentra obligada a facilitar determinados mecanismos para el pago de la prestación de servicios de salud como lo es el SOAT, ello no implica por sí solo que deba proceder con el pago de dicho seguro de forma automática, pues para proceder de conformidad es necesario que las solicitudes que le sean presentadas para el pago se ajusten a las previsiones del Decreto 056 de 2015, situación que no sucede en el caso que ocupa nuestra atención.

FRENTE AL HECHO QUINTO: Este hecho es parcialmente cierto. Si bien la parte demandante sí está obligada a presentar a Aseguradora Solidaria de Colombia EC las respectivas facturas para el pago del servicio prestado, junto con los anexos determinados en la ley, su sola presentación no genera el pago inmediato pues mi representada debe hacer un análisis de la documentación presentada verificando que no exista una circunstancia que constituya una nota de devolución o glosa.

Ahora bien, la parte demandante no explica con qué motivo refiere la tabla de facturas contenida en este hecho, sin embargo, parece tratarse de las facturas que dan origen al proceso. En este sentido, no es cierto que mi representada adeude el saldo ahí señalado para cada factura, toda vez que la acción derivada del contrato de seguros se encuentra prescrita y, en todo caso, las facturas señaladas no cumplen el total de los requisitos que la norma señala, por lo que no es cierto que se adeude el saldo ahí señalado.

FRENTE AL HECHO SEXTO: Este hecho contiene diferentes afirmaciones respecto de las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- Es cierto que la disposición prevista en el Decreto 780 de 2016 consagra el término de 2 meses para que la aseguradora pueda efectuar auditoria a las facturas que le son presentadas y realice las glosas o devoluciones en caso de ser procedente.
- No es cierto que el numeral 2.3.3. de la circular externa 015 de 2016 haga referencia a las

objecciones infundadas. Este numeral se refiere a no dilatar injustificadamente el pago de reclamaciones presentadas por PPS relacionadas con accidentes de tránsito.

- No es cierto que Aseguradora Solidaria de Colombia haya formulado objeciones infundadas a las facturas referidas en el presente hecho, siendo esta una percepción meramente subjetiva de la parte actora, la cual carece de prueba que sustente lo afirmado por ella. Mi representada solo refirió causales de devolución o glosas acordes a la normatividad vigente, luego de encontrar que la documentación aportada no se ajustaba a los requisitos de la normatividad que rige dicha actividad.
- **Frente a lo manifestado respecto de las facturas FC948, FC 7431, FC 7416, FC 10924, FC 10685, FC 18047, FC 19511, FC 17516, FC 9505, FC9504, FC 11164, FC 14351, FC19711, FC 12527, FC 28705, FC 10224, FC 9710, FC 15306, FC 3853, FC 23974, FC 23969, FC 24361, FC 13829, FC 11490, FC 8443, FC 25961, FC 386:** No es cierto que mi representada haya hecho una devolución injustificada de las facturas relacionadas, toda vez que la causal de devolución invocada se sustenta precisamente en que la actora no adujo toda la documentación necesaria, recordando que para el pago se precisa que la factura cumpla con los requisitos que la ley disponga y las normas especiales reglamenten, agregando el hecho de que toda la documentación por ella remitida al momento de solicitar el pago, debe cumplir igualmente con los requisitos previstos en las disposiciones especiales como los son los artículos 26 y 33 del Decreto 056 de 2015, por lo tanto, Aseguradora Solidaria de Colombia EC solo procedió a efectuar notas de devolución el evidente incumplimiento de los supuestos previstos por el legislador para estos casos, constituyendo la afirmación de la demandada sobre las devoluciones infundadas, una afirmación carente de todo respaldo probatorio y notoriamente subjetiva.
- **Frente a lo manifestado respecto de las facturas FC 8353, FC 11121, FC 9289, FC 19469, FC 22455, FC 6991, FC 6948, FC 7446, FC 1395, FC 1385 y FC 20657:** No es cierto que las causales de devolución No. 607 y 608 resulten infundadas. En este punto es claro que la parte demandante intenta justificar desde un punto meramente subjetivo la necesidad de los exámenes, medicamentos y ayudas diagnósticas, desacreditando igualmente la necesidad de un médico especialista, haciendo aparentar que la sola lectura de la historia clínica resulta suficiente para determinar la necesidad de dichos exámenes o la atención del especialista en cuestión. No

obstante, tal apreciación subjetiva no se compadece del análisis riguroso que tales circunstancias comportan, anotando además que la demandante se limita a citar extractos específicos con los cuales pretende respaldar su tesis sin corroborar de forma integral la información médica de los pacientes, siendo claro que las afirmaciones aquí realizadas se encuentran sesgadas.

- **Frente a la factura 2283:** No es cierto que la objeción parcial que refiere la parte accionante resulte infundada y mucho menos que en consecuencia de ello mi representada deba proceder con el pago del saldo ahí señalado, pues debe recordarse que operó el fenómeno prescriptivo derivado de las acciones derivadas del contrato de seguro, ya que como lo afirma la demandante, la paciente solo habría permanecido en la institución hasta el 18 de junio de 2017, fecha en la cual empezó a contar el término bienal para la presentación de la reclamación a la que hubiera lugar, sin embargo, tal reclamación no fue presentada dentro del término referido.
- **Frente a la factura 10960:** No es cierto que la devolución parcial resulte injustificada. En este punto es claro que la parte demandante intenta justificar desde un punto meramente subjetivo la necesidad de los exámenes, medicamentos y ayudas diagnósticas, desacreditando igualmente la necesidad de un médico especialista, haciendo aparentar que la sola lectura de la historia clínica resulta suficiente para determinar la necesidad de dichos exámenes o la atención del especialista en cuestión. No obstante lo anterior, tal apreciación subjetiva no se compadece del análisis riguroso que tales circunstancias comportan, anotando además que la demandante se limita a citar extractos específicos con los cuales pretende respaldar su tesis sin corroborar de forma integral la información médica de la paciente, además, se anota que la devolución también tuvo causa en la falta de pertinencia de procedimientos o actividad, lo cual la demandante no ha podido desacreditar de forma fehaciente, siendo claro que las afirmaciones aquí realizadas se encuentran sesgadas. En todo caso, no debe olvidarse que se ha configurado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por lo que aún si hipotéticamente las observaciones planteadas fueran válidas, no es posible condenar a mi representada a cancelar concepto alguno.
- **Frente a la factura FC 20815:** La devolución aquí planteada no es arbitraria pues mi representada la efectuó ante la evidencia del incumplimiento del total de los requisitos descritos en las normas que regulan lo atinente a la documentación para el cobro con cargo al SOAT.

Ahora bien, no puede dejarse de lado el hecho de que se refiere a que el SOAT base de la reclamación no correspondía al del vehículo involucrado en el accidente, sino a un vehículo asegurado diferente. En este punto, no puede dejarse de lado que las compañías aseguradoras amparan los riesgos de accidente de tránsito respecto del vehículo que aparece descrito en el seguro obligatorio, por lo tanto, no resulta procedente pretender el pago de la atención médica cuando no se ha comprobado que el vehículo involucrado en el accidente no tiene SOAT o no coincide con el identificado en dicho seguro.

- **Frente a la factura FC 15102:** La causal de devolución aquí referida sí se encuentra sustentada y no resulta infundada, contrario a lo manifestado por la parte accionante, pues la parte actora manifiesta que esta factura hace referencia al elemento de sutura conocido como Novosyn, el cual consiste en una sutura sintética absorbible a mediano plazo¹, luego, dicha descripción se enmarca en la referida en el parágrafo 5 del artículo 55 del Decreto 2423 de 1996, que a su vez se refiere en el artículo 57 de dicha norma, por lo que es claro que tal sutura sí se encuentra incluida en el paquete quirúrgico. De esta forma, se corrobora que la devolución fue motivada y por ello no podrá condenarse a mi representada al pago del valor referido en este punto aclarando que, en todo caso, operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.
- **Frente a la factura FC 16735:** No es cierto que la devolución parcial resulte injustificada. En este punto es claro que la parte demandante intenta justificar desde un punto meramente subjetivo la necesidad de los exámenes y soportes materiales, haciendo aparentar que la sola lectura de la historia clínica resulta suficiente para determinar la necesidad de los mismos. No obstante, tal apreciación subjetiva no se compadece del análisis riguroso que tales circunstancias comportan, anotando además que la demandante se limita a citar extractos específicos con los cuales pretende respaldar su tesis sin corroborar de forma integral la información médica de la paciente, siendo claro que las afirmaciones aquí realizadas se encuentran sesgadas. En todo caso, no debe olvidarse que se ha configurado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por lo que aún si hipotéticamente las observaciones planteadas fueran válidas, no es posible condenar a mi representada a cancelar concepto alguno.

¹ Esta información puede ser consultada en <https://www.bbraun.es/es/products/b0/novosyn.html>

- **Frente a la factura FC 5647:** No es cierto que la objeción resulte injustificada. En este punto es claro que la parte demandante intenta justificar desde un punto meramente subjetivo la necesidad de los exámenes y la pertinencia de estancia en habitación de 4 o más camas, haciendo aparentar que la sola lectura de la historia clínica resulta suficiente para determinar la necesidad de los mismos. No obstante, tal apreciación subjetiva no se compadece del análisis riguroso que tales circunstancias comportan, anotando además que la demandante se limita a citar extractos específicos con los cuales pretende respaldar su tesis sin corroborar de forma integral la información médica de la paciente, siendo claro que las afirmaciones aquí realizadas se encuentran sesgadas. En todo caso, no debe olvidarse que se ha configurado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por lo que aún si hipotéticamente las observaciones planteadas fueran válidas, no es posible condenar a mi representada a cancelar concepto alguno.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: Este hecho contiene diferentes afirmaciones a las que me referiré de la siguiente forma:

- Es cierto lo que se manifiesta en este hecho toda vez respecto al contenido de las normas que regulan la solicitud de pago ante la aseguradora con cargo al SOAT. Sin embargo, se aclara nuevamente que el numeral 2.3.3. de la circular No 015 de 2016 refiere como tal a no retrasar injustificadamente el pago al que haya lugar, respecto a esta circunstancia, se evidencia que tal conducta prohibida por la circular en cuestión no se configuró pues todas las objeciones y/o devoluciones referidas en la demanda fueron efectuadas de manera sustentada por parte de la aseguradora y con apego a lo dispuesto en las normas especiales que rigen el pago de la atención médica para pacientes de accidentes de tránsito.
- No se acepta la supuesta objeción extemporánea e infundada que argumenta la parte demandante respecto de las facturas No. FC 6039, FC 2965, FC 5662, FC 1830, FC 6162, FC 4266, FC 1058, FC 666, FC 24234, FC 6258, FC 13002, FC 15484, FC 15588, FC 12929 y FC 20567, pues no allega prueba pertinente respecto a la misma, señalando además que todas las devoluciones u objeciones efectuadas por mi representada obedecieron a los motivos contemplados en la normatividad especial para el pago de la atención brindada con cargo al SOAT.

- Si bien la parte afirma que mi representada ha reiterado las objeciones dando origen al conflicto que hoy ocupa al Despacho, lo cierto es que tal litigio no puede ser atribuido a la aseguradora toda vez que las objeciones y/o devoluciones efectuadas por esta han sido tempestivas y fundamentadas pese a la visión subjetiva que refiere la contraparte en este apartado.

FRENTE AL HECHO OCTAVO: No es cierto que mi representada no haya objetado las facturas FC 1067, FC 21920 y FC 17450, como tampoco es cierto que haya operado la aceptación tácita de las facturas. Debe decirse que frente a esta afirmación la parte demandante tiene la obligación de probar las circunstancias aquí afirmadas, sin embargo, no allega dicha prueba con la demanda. Ahora bien, recuérdese que las facturas referidas en este hecho hacen alusión a que fueron radicadas en el año 2017, es decir, por servicios prestados ese mismo año, siendo evidente la configuración del fenómeno prescriptivo respecto de su reclamación mediante el presente proceso al haber transcurrido más de 2 años desde la atención brindada o desde el egreso de los pacientes referidos en dichas facturas.

FRENTE AL HECHO NOVENO: No es cierto este hecho. Debe tenerse en cuenta que la misma parte demandante refirió el pago parcial de algunas de las facturas objeto de la demanda por lo que sí obtuvo el pago de las mismas conforme a lo debidamente acreditado, siendo improcedente pretender obtener el pago del saldo que no se compadece de los requisitos previsto en las normas especiales para su cobro. Ahora bien, debe recordarse que mi representada objetó de forma fundada las facturas presentadas pese a que la parte demandante tenga un criterio subjetivo contrario y que, además, carece de prueba alguna que permita corroborarlo.

Por otra parte, debe decirse que no es procedente pretender el pago de facturas fundadamente objetadas, mucho menos si se tiene en cuenta que frente a todas las facturas objeto de la demanda ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues la parte demandante solo tenía hasta los años 2018 y 2019 para interponer las acciones judiciales por las atenciones brindadas en los años 2016 y 2017 respectivamente. No obstante, es claro que ha transcurrido mucho más del término previsto en la ley para el efecto siendo improcedente si quiera efectuar el análisis probatorio sobre la fundamentación de las objeciones o la supuesta aceptación tácita de las facturas, toda vez que la prescripción extinguió la posibilidad de

que la parte accionante pretenda defender en un proceso judicial sus intereses respecto de las facturas señaladas.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO: Se observa que la demandante efectuó la solicitud de medidas cautelares, por lo que es cierto que acudió a la jurisdicción haciendo uso de la figura contemplada en el artículo 590 del C.G.P.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO A ESTA PRETENSIÓN toda vez que se encuentra configurada la prescripción ordinaria de 2 años respecto de las acciones derivadas del contrato de seguro, la cual se encuentra regulada en el artículo 1081 del C.Co. y es aplicable por remisión expresa del Decreto 056 de 2015. De esta forma las facturas objeto del proceso obedecen a atenciones brindadas a pacientes de accidentes de tránsito que egresaron de la institución en los años 2016 y 2017, por lo que el término prescriptivo empezó a contar desde las mencionadas fechas configurándose en los años 2018 y 2019 respectivamente, no obstante, la demanda fue interpuesta 7 años después del límite previsto en la ley.

Además, debe decirse que la parte demandante no aporta ninguna prueba que corrobore que las objeciones o devoluciones, que alega fueron efectuadas por mi representada, hayan sido infundadas, limitándose a efectuar una apreciación subjetiva de las causales invocadas sin ningún sustento probatorio siendo claro el incumplimiento de la carga que le impone el artículo 167 del C.G.P.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a esta pretensión y a cada uno de los 124 numerales que ella contiene referentes al capital e intereses de cada factura, ya que la parte demandante no aporta ninguna prueba que corrobore que las objeciones o devoluciones, que alega fueron efectuadas por mi representada, hayan sido infundadas, limitándose a efectuar una apreciación subjetiva de las causales invocadas sin ningún sustento probatorio siendo claro el incumplimiento de la carga que le impone el artículo 167 del C.G.P. Adicionalmente se encuentra configurada la prescripción ordinaria de 2 años respecto de las acciones derivadas del contrato de seguro, la cual se encuentra regulada en el artículo 1081 del C.Co. y es aplicable por remisión

expresa del Decreto 056 de 2015. De esta forma las facturas objeto del proceso obedecen a atenciones brindadas a pacientes de accidentes de tránsito que egresaron de la institución en los años 2016 y 2017, por lo que el término prescriptivo empezó a contar desde las mencionadas fechas configurándose en los años 2018 y 2019 respectivamente, no obstante, la demanda fue interpuesta 7 años después del límite previsto en la ley.

A lo anterior se debe agregar que no es posible condenar a mi representada a cancelar los intereses dispuestos en el artículo 1080 del C.Co., ya que los supuestos del artículo 1077 del C.Co. no fueron acreditados por lo que no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente, por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago de intereses de mora cuando la parte demandante no ha demostrado fehacientemente los requisitos mencionados. Nótese que ni siquiera en esta instancia judicial ha probado las razones por las que afirma que las objeciones o devoluciones que efectuó mi representada en su momento resultaron infundadas, limitándose a hacer apreciaciones subjetivas en su escrito sin ningún sustento real. Por lo anterior esta pretensión no puede ser concedida.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO a esta pretensión, ya que la suma por la cual se solicita condenar a mi representada comprende el total del capital de los servicios de salud prestados y referidos por la parte demandante. Esta pretensión resulta improcedente pues, como ya se mencionó, no se ha acreditado que las objeciones y devoluciones de las facturas hayan sido infundadas, por lo que los saldos que la parte accionante refiere no corresponden en realidad a suma alguna que pueda ser imputada a mi representada. Además, se reitera que se configuró la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro, situación que impide conceder lo solicitado por la accionante.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO a esta pretensión, ya que los supuestos del artículo 1077 del C.Co. no fueron acreditados por lo que no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente, por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago de intereses de mora cuando la parte demandante no ha demostrado fehacientemente los requisitos mencionados. Nótese que ni siquiera en esta

instancia judicial ha probado las razones por las que afirma que las objeciones o devoluciones que efectuó mi representada en su momento resultaron infundadas, limitándose a hacer apreciaciones subjetivas en su escrito sin ningún sustento real. Por lo anterior esta pretensión no puede ser concedida.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: ME OPONGO a esta pretensión por ser consecencial de las anteriores.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a **OBJETAR** el juramento estimatorio de la demanda.

Inicialmente se debe advertir que, conforme a lo establecido en el artículo 206 del CGP, los perjuicios patrimoniales solicitados deben ser estimados de forma razonada:

*“ARTÍCULO 206. JURAMENTO ESTIMATORIO. Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, **deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos.** Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.*

(...). (Resaltado propio).

De esta forma, resulta claro que la estimación efectuada por la parte demandante carece del razonamiento solicitado por la norma, pues en este acápite se refiere una estimación de \$108.297.943 con base en el saldo de las facturas base del presente proceso. Sin embargo, la parte demandante justifica dicho saldo bajo el argumento de que las objeciones que fueron efectuadas por

la aseguradora carecían de sustento alguno, afirmación que resulta subjetiva y carente de prueba pues Fabisalud I.P.S. S.A.S. se limita a realizar apreciaciones que no devienen de una visión objetiva del material probatorio que obra en el proceso, pues si así fuera, se deduce con lógica que las observaciones a las diversas facturas se ajustaron a los parámetros referidos en las normas especiales alusiva al cobro de valores con cargo al SOAT.

A lo anterior debe añadirse que la presente acción se encuentra prescrita pues fue interpuesta luego de haber transcurrido más de 7 años desde que culminó el término que el artículo 1081 del C.Co. dispone para para su presentación.

De lo expuesto, resulta claro concluir que no existen elementos de convicción que acrediten la suma aquí referida y mucho menos que esta se adeuda a la demandante.

IV EXCEPCIONES DE MÉRITO

1. PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que Fabisalud I.P.S. solicita el pago del importe de las facturas relativas a la atención de pacientes de accidentes de tránsito, por lo que pretende el pago conforme a los amparos contemplados en el SOAT respecto de dicha atención brindada en diferentes ocasiones en los años 2016 y 2017. En este entendido, debe tenerse en cuenta que dicho seguro se encuentra reglado por el Decreto 056 del año 2015, que remite al término de la prescripción ordinaria establecida en el artículo 1081 del Código de Comercio aclarando, además, que el cómputo del término inicia desde el momento en que se brindó la atención o egresó el paciente de la institución de salud. En este sentido, es claro que operó el fenómeno prescriptivo, pues la prescripción ordinaria de 2 años se configuró en el año 2018 frente a las facturas que fueron emitidas por las atenciones brindadas en el año 2016, mientras que la prescripción se configuró en el año 2019 para la atención brindada en el año 2017, situación que además se confirma teniendo en cuenta que los pacientes atendidos egresaron de la institución el mismo año de la atención, no obstante lo anterior, la demandante solo interpone demanda en contra de mi representada transcurridos 9 y 8 años respectivamente frente a tales atenciones y egresos de los pacientes, por lo que es claro que el Juzgado debe declarar tal prescripción y negar las pretensiones de la accionante.

Conforme a lo anterior, resulta pertinente traer a colación lo establecido en el artículo 11 del Decreto 056 de 2015 referente al término con el que cuentan los prestadores de salud para presentar la reclamación respectiva ante la compañía aseguradora:

“Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.” (subrayado fuera del texto original)

De forma complementaria, el artículo 41 del mismo Decreto establece las condiciones generales del SOAT en las cuales incluye el término de prescripción ya referido en los siguientes términos:

“Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, 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. (...)

Teniendo en cuenta que las normas que regulan la reclamación ante la compañía aseguradora en temas relacionados con el SOAT remiten a la legislación comercial sobre la prescripción, debe recordarse que el artículo 1081 del Código de Comercio establece el término para la prescripción ordinaria y su contabilización en los siguientes términos:

“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 (...)”

De esta forma, se tiene que el término de la prescripción para que la entidad prestadora del servicio de salud efectúe la reclamación respectiva a la aseguradora es de 2 años, los cuales deben contarse a partir de la prestación del servicio a la víctima del accidente de tránsito o desde su egreso de dicha institución, postura que ha sido respaldada por la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC-3075 de 2024:

*“(...) En suma, la prescripción ordinaria de las acciones ejecutivas y declarativas con que cuentan las IPS para reclamar el pago del amparo de gastos de salud del **SOAT** **será de dos años, contados a partir del momento en que dicha IPS «haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción», lo cual, según la regulación especializada, sucede cuando la víctima del accidente de tránsito «fue atendida o (...) egresó de la institución prestadora».**”*

Descendiendo al caso concreto, tenemos que las facturas objeto de litigio fueron emitidas con ocasión a servicios médicos suministrados en virtud de los amparos concertados en Contratos de

Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, y por lo mismo, opera el régimen especial de prescripción previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio (prescripción ordinaria), cuyo término bienal se computa a partir de la fecha en que la víctima fue atendida o que egresó de la institución de salud, tal como impone el artículo 41 el Decreto 056 de 2015. Así, tenemos que las siguientes facturas relacionadas en el escrito demandatorio se encuentran prescritas, tomando como fundamento la información que se refiere a continuación:

FACTURA PREFIJO	FECHA DE RADICACION	FECHA EGRESO	FECHA DE PRESCRIPCIÓN	ESTADO DE LA FACTURA
	FACTURA	LESIONADO		
FC3853	16/01/2017	17/11/2016	17/11/2018	PRESCRITA
FC9505	2/10/2017	26/01/2017	26/01/2019	PRESCRITA
FC9504	2/03/2017	26/01/2017	26/01/2019	PRESCRITA
FC8443	1/03/2017	17/01/2017	17/01/2019	PRESCRITA
FC7431	1/03/2017	28/12/2016	28/12/2018	PRESCRITA
FC7416	1/03/2017	26/12/2016	26/12/2018	PRESCRITA
FC10924	17/08/2017	19/02/2017	19/02/2019	PRESCRITA
FC11164	17/03/2017	15/02/2017	15/02/2019	PRESCRITA
FC10685	6/06/2017	13/02/2017	13/02/2019	PRESCRITA
FC19511	2/08/2017	21/05/2017	21/05/2019	PRESCRITA
FC17516	2/08/2017	3/05/2017	3/05/2019	PRESCRITA
FC15306	2/08/2017	17/01/2017	17/01/2019	PRESCRITA
FC9710	2/08/2017	6/02/2017	6/02/2019	PRESCRITA
FC23974	4/09/2017	5/07/2017	5/07/2019	PRESCRITA
FC20815	2/10/2017	28/05/2017	28/05/2019	PRESCRITA
FC11490	4/09/2017	21/02/2017	21/02/2019	PRESCRITA
FC19711	4/09/2017	12/01/2017	12/01/2019	PRESCRITA
FC28705	2/10/2017	24/08/2017	24/08/2019	PRESCRITA
FC12527	2/10/2017	5/03/2017	5/03/2019	PRESCRITA
FC948	14/12/2016	12/10/2016	12/10/2018	PRESCRITA
FC000386	1/11/2016	27/09/2016	27/09/2018	PRESCRITA
FC6039	16/01/2017	18/12/2016	18/12/2018	PRESCRITA
FC5662	16/01/2017	19/12/2016	19/12/2018	PRESCRITA
FC6162	16/01/2017	30/11/2016	30/11/2018	PRESCRITA
FC4266	17/03/2017	27/11/2016	27/11/2018	PRESCRITA
FC1058	17/03/2017	3/10/2016	3/10/2018	PRESCRITA
FC000666	1/11/2016	1/10/2016	1/10/2018	PRESCRITA
FC24234	23/04/2018	1/07/2017	1/07/2019	PRESCRITA
FC13002	4/09/2017	10/03/2017	10/03/2019	PRESCRITA
FC15588	23/04/2018	17/04/2017	17/04/2019	PRESCRITA

FC12929	23/04/2018	10/03/2017	10/03/2019	PRESCRITA
FC6991	16/01/2017	31/12/2016	31/12/2018	PRESCRITA
FC5647	16/01/2017	13/12/2016	13/12/2018	PRESCRITA
FC6948	16/01/2017	8/12/2016	8/12/2018	PRESCRITA
FC1385	16/01/2017	21/10/2016	21/10/2018	PRESCRITA
FC1395	16/01/2017	21/10/2016	21/10/2019	PRESCRITA
FC8353	1/03/2017	12/01/2017	12/01/2019	PRESCRITA
FC10960	1/03/2017	28/12/2016	28/12/2018	PRESCRITA
FC7446	1/03/2017	27/12/2016	27/12/2019	PRESCRITA
FC11121	5/04/2017	13/02/2017	13/02/2019	PRESCRITA
FC9289	5/04/2017	7/01/2017	7/01/2019	PRESCRITA
FC18047	2/08/2017	26/04/2017	26/04/2019	PRESCRITA
FC16735	2/08/2017	25/04/2017	25/04/2019	PRESCRITA
FC19469	2/08/2017	22/04/2017	22/04/2019	PRESCRITA
FC14351	2/08/2017	28/03/2017	28/03/2019	PRESCRITA
FC10224	2/08/2017	7/02/2017	7/02/2019	PRESCRITA
FC15102	2/08/2017	19/01/2017	19/01/2019	PRESCRITA
FC25961	4/09/2017	25/07/2017	25/07/2019	PRESCRITA
FC23969	4/09/2017	5/07/2017	5/07/2019	PRESCRITA
FC24361	4/09/2017	20/06/2017	20/06/2019	PRESCRITA
FC22455	4/09/2017	19/06/2017	19/06/2019	PRESCRITA
FC22833	4/09/2017	18/06/2017	18/06/2019	PRESCRITA
FC20657	4/09/2017	30/05/2017	30/05/2019	PRESCRITA
FC13829	4/09/2017	23/03/2017	23/03/2019	PRESCRITA
FC2965	14/12/2016	21/11/2016	21/11/2018	PRESCRITA
FC1830	14/12/2016	18/10/2016	18/10/2018	PRESCRITA
FC6258	24/01/2017	26/12/2016	26/12/2018	PRESCRITA
FC15484	4/09/2017	10/04/2017	10/04/2019	PRESCRITA
FC20567	2/08/2017	30/05/2017	30/05/2019	PRESCRITA
FC17450	4/09/2017	24/03/2017	24/03/2019	PRESCRITA
FC21067	2/10/2017	16/05/2017	16/05/2019	PRESCRITA
FC21920	2/10/2017	12/04/2017	12/04/2019	PRESCRITA

Conforme a lo señalado anteriormente, es claro que la atención brindada por Fabisalud I.P.S. a sus diferentes pacientes, la cual motivó la emisión de las facturas que fundamentan la demanda, fue prestada entre los años 2016 y 2017 en los cuales los pacientes respectivos egresaron de dicha

institución de salud. En este sentido, es claro que desde dicha época empezó a correr el término prescriptivo de 2 años regulado en el Código de Comercio, aplicable a las reclamaciones de SOAT por remisión expresa del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, remisión respaldada por la jurisprudencia, por lo tanto, la demanda presentada por la parte accionante resulta extemporánea pues la acción bajo estudio solo podía presentarse hasta el año 2018 en aquellos casos en que los pacientes egresaron de la institución de salud en el 2016, y hasta el año 2019 para las facturas relativas a la atención de pacientes cuyo egreso tuvo lugar en el año 2017, sin embargo, la demanda en cuestión solo fue presentada hasta el 16 de enero de 2025, como se observa en el acta de reparto que obra en el expediente:

REPUBLICA DE COLOMBIA RAMA JUDICIAL			
ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO			
Fecha: 16/ene./2025			Página 1
CORPORACION JUZGADOS MUNICIPALES REPARTIDO AL DESPACHO	GRUPO PROCESOS VERBALES CD. DESP 020	SECUENCIA: 455262	FECHA DE REPARTO 16/ene./2025
JUZGADO 20 CIVIL MUNICIPAL DE CALI			
<u>IDENTIFICACION</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>APELLIDO</u>	<u>SUJETO PROCESAL</u>
SD1988726	FABISALUD IPS SAS		01 *--
91292913	JORGE URIEL RUEDA ROMERO		03 *--
C27001-CS01BAA2		CUADERNOS 01	
alforerv		FOLIOS	
OBSERVACIONES	EMPLEADO		

Conforme a lo manifestado, se concluye que las pretensiones de la demanda deberán ser negadas teniendo en cuenta que el término prescriptivo aplicable a la acción presentada por la demandante es de 2 años conforme a lo dispuesto por el artículo 1081 del C.Co. para la prescripción ordinaria, el cual resulta aplicable para las reclamaciones efectuadas por las entidades de salud con cargo al SOAT conforme lo prevé el decretó 056 de 2015. De esta forma, el término empezó a computarse desde el egreso de la institución de salud por parte de los pacientes respectivos ocurrida en los años 2016 y 2017, siendo claro que han transcurrido mucho más de 2 años desde la data mencionada hasta la fecha en que se radicó la presente demanda el 16 de enero de 2025, situación que prevalece sobre la discusión del supuesto incumplimiento aquí alegado frente a los pagos por parte de la aseguradora.

Solicito declarar probada esta excepción.

2. PRESCRIPCIÓN DE LAS FACTURAS COMO TÍTULOS EJECUTIVOS-ACCIÓN CAMBIARIA

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que el fenómeno prescriptivo referido en el presente escrito no solo se configuró respecto de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme lo contempla el artículo 1081 del C.Co., sino que también es posible verificar que las facturas que fundamentan la presente acción cuentan con fechas de vencimiento comprendidas entre los años 2016 y 2017, por lo cual en el hipotético caso de que se pretendiera dotar de certeza la supuesta obligación alegada con fundamento en la documental referida, debe tenerse en cuenta que el régimen de los títulos valores prevé la prescripción de la acción cambiaria directa, la cual tiene lugar 3 años después del vencimiento del título valor respectivo. En este sentido, es claro que las facturas de venta aportadas al proceso que ocupa la atención del Despacho perdieron la posibilidad incluso de ser analizadas como títulos valores pues la prescripción de la acción cambiaria que se fundamentara en estas se habría consolidado en los años 2019 y 2020 respectivamente.

Conforme a lo anterior, es necesario recordar que el régimen de los títulos valores dispone frente a la acción cambiaria lo siguiente:

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

En este entendido, resulta necesario verificar en las normas del Código de Comercio lo atinente a la forma de vencimiento de la factura pues solo bajo este entendido puede darse total sentido a la norma de la prescripción ya referida. Es así como el artículo 774 del C.Co. señala:

“ARTÍCULO 774. REQUISITOS DE LA FACTURA. La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:

1. *La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 673. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguientes a la emisión (...)*

Conforme a lo descrito, se tiene entonces que la factura de venta es un título valor con vencimiento a un día cierto o determinado el cual se expresa en la fecha de vencimiento que debe registrar la factura.

Descendiendo entonces al caso concreto, se tiene que las facturas emitidas por la entidad de salud tienen fechas de vencimiento que se distribuyen a lo largo de los años 2016 y 2017 dependiendo del momento en que fue prestado el servicio de salud que les sirve de sustento. Por lo tanto, debe decirse que el término de prescripción de la acción cambiaria de dichas facturas se consolidó en el año 2019, para aquellas con fecha de vencimiento en 2016, y en el año 2020, para aquellas con fecha de vencimiento en 2017.

De esta forma, es claro que ha operado el fenómeno prescriptivo respecto de la acción cambiaria que cobija a los títulos valores mencionados, pues han transcurrido más de 5 años desde la ocurrencia de la prescripción sin que dicha acción haya sido ejercida por la institución de salud demandante.

Pr lo anterior, solicito declarar probada la presente excepción.

3. 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

Sin perjuicio de las excepciones anteriores, a partir de las cuales surge evidente que no existe ninguna obligación de pago pendiente a cargo de mi procurada, de todos modos, es necesario

advertir que, conforme a las objeciones formuladas por Aseguradora Solidaria de Colombia EC, respecto de las facturas emitidas por Fabisalud IPS, existen una serie de irregularidades que demuestran el incumplimiento por parte de la sociedad demandante frente las exigencias consagradas en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015, en concordancia con el artículo 33 del mismo decreto. De esta manera, algunas de las objeciones efectuadas por mi representada se fincaron en la causal de devolución No. 849 del anexo 6 de la resolución No. 3047 de 2008 vigente para la época de las devoluciones en comento, catalogada como “factura no cumple”, por lo cual, incluso desde la época en que fueron presentadas las facturas es evidente que la entidad de salud desatendió a los requisitos legales para el efecto, lo que en consecuencia impide el surgimiento de la obligación de pago a cargo de mi representada.

Conforme a lo señalado anteriormente, resulta pertinente recordar que el Decreto 056 de 2015 regula diferentes aspectos relacionados con el SOAT, entre los cuales se incluyen los requisitos de los documentos que deben ser presentados por las entidades de salud a las aseguradoras con el fin de obtener el pago por la atención brindada a las víctimas de accidentes de tránsito. En este sentido, el artículo 26 del mencionado decreto refiere:

*Artículo 26. **Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud.** 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. (...)*
3. *Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas: (...)*
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**

De forma concordante con lo señalado, se tiene que el artículo 33 del mismo Decreto estipula lo siguiente:

“Artículo 33. Requisitos de la factura por prestación de servicios de salud o documento equivalente. 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”.

Es así como el análisis de la correcta presentación de la solicitud de pago debe incluir la verificación del contenido de las facturas remitidas por la parte demandante, situación que, conforme a los requisitos legales señalados, condiciona el pago del importe de dichas facturas.

Ahora bien, las facturas cuentan con un régimen propio establecido en el Estatuto Tributario el cual hace referencia a la información que deben contener:

ARTICULO 617. REQUISITOS DE LA FACTURA DE VENTA. Para efectos

tributarios, la expedición de factura a que se refiere el artículo 615 consiste en entregar el original de la misma, con el lleno de los siguientes requisitos:

- a. Estar denominada expresamente como factura de venta.*
- b. Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.*
- c. Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.*
- d. Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.*
- e. Fecha de su expedición.*
- f. Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.*
- g. Valor total de la operación.*
- h. El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.*
- i. Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.*

(...)

De esta manera, aplicando la normatividad citada al caso concreto, se tiene que mi representada habría señalado como causal de devolución de algunas solicitudes para el pago el incumplimiento de los requisitos legales respecto de las facturas presentadas por Fabisalud I.P.S. Ahora bien, a dicha situación debe añadirse que el incumplimiento de los requisitos de las facturas de servicios de salud no debe limitarse en el análisis del Juzgado a las facturas referidas en el escrito de la demanda, sino que, atendiendo a los artículos 26 y 33 del Decreto 056 de 2015, el Despacho deberá cotejar la documentación allegada por la parte actora al proceso y verificar el cumplimiento del requisito

mencionado negando el pago solicitado en caso de no encontrar satisfecha la exigencia prevista en la norma.

En este sentido, se concluye que, en el hipotético y remoto caso de que el Despacho no tenga por acreditada la excepción precedente, deberá analizar rigurosamente la información allegada por la parte demandante al proceso, concretamente las facturas de venta generadas por los servicios prestados en los años 2016 y 2017, y proceder a cotejar su contenido con las exigencias legales, negando las pretensiones de la demanda al corroborar que no se satisfacen la totalidad de los requisitos relacionados en la norma relativos a la documentación presentada para el pago.

Solicito declarar probada esta excepción.

4. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO DERIVADA DE LA TOTALIDAD DE LAS FACTURAS OBJETO DE DEMANDA, COMO QUIERA QUE LA PARTE DEMANDANTE NO SUBSANÓ LAS GLOSAS FORMULADAS OPORTUNAMENTE POR MI REPRESENTADA, CONFORME AL ARTÍCULO 23 DEL DECRETO 4747 DE 2007, Y, POR TANTO, DICHAS GLOSAS U OBJECIONES, SE ENTENDERÁN ACEPTADAS POR EL DEMANDANTE

En el presente caso, resulta necesario advertir al operador judicial que no es posible derivar una presunta obligación pendiente de pago a cargo de mi representada que emane de las facturas que ha allegado al proceso la parte demandante, debido a que estas facturas emitidas por FABISALUD IPS S.A.S., fueron objetadas y glosadas en su valor total, y la parte demandante omitió efectuar la respectiva subsanación de las mismas, razón por la cual dichas glosas u objeciones se entienden como aceptadas, y por lo mismo, resulta imposible aduce la existencia de un supuesto saldo pendiente.

El artículo 23 del Decreto 4747 de 2007 prevé el trámite de glosas generadas por las entidades responsable de pago, en cambio de los servicios de salud suministrador por los prestadores de tales servicios, veamos:

Artículo 23. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de

servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. **El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.** En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

En virtud de lo anterior, y tal como lo tiene dicho el Ministerio de Salud y Protección Social “*Si el prestador no responde las glosas en el término establecido, la entidad responsable del pago no estará obligada a cancelar*”².

² https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/Plan%20Obligatorio%20de%20Salud.aspx?Paged=TRUE&p_ID=259&PageFirstRow=91&&View=%7B35F5EE97-7D8C-428F-AB48-D97C1C1A8399%7D.

En el caso concreto, es necesario indicar que mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC, formuló las respectivas glosas y objetó la totalidad de las facturas emitidas por la sociedad demandante, sin que FABISALUD IPS S.A.S., hubiere subsanado las deficiencias anotadas, razón por la que, conforme a la normativa transcrita, las siguientes objeciones se entienden ACEPTADAS y por lo mismo NO EXISTE OBLIGACIÓN DE PAGO PENDIENTE A CARGO DE MI PROCURADA.

Precisamente, en el escrito de la demanda se evidencia cómo la parte demandante afirma que las glosas efectuadas son supuestamente infundadas sin sustentar probatoriamente dicha afirmación y, en consecuencia, se limita a entrar en desacuerdo con ellas sin mencionar cuando y de qué forma procedió a subsanarlas, por lo tanto, es claro que la accionante ha incumplido dicho deber impidiendo que ahora se pueda tener por válido el desacuerdo que presenta en el escrito de la demanda respecto de las glosas.

Así las cosas, es evidente que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC, formuló oportunamente glosas en contra de todas y cada una de las facturas cuyo incumplimiento demanda la parte actora, codificaciones todas estas que se encuentran previstas en el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009. En virtud de lo anterior, correspondía a FABISALUD IPS S.A.S., subsanar las glosas, aceptarlas o justificar que no tenían lugar. No obstante, como aquello no ocurrió, es entendido que tales inconformidades fueron ACEPTADAS por la IPS prestadora, y por lo mismo, no existe ninguna obligación de pago a cargo de mi procurada. Todo lo anterior, sin perder de vista que, de todos modos, la acción instaurada se encuentra prescrita.

Conforme a lo expuesto, solicito sea declarada como probada esta excepción.

5. LA SOLA AFIRMACIÓN DEL DEMANDANTE DE NINGUNA MANERA PUEDE CONSTITUIR PLENA PRUEBA DE UN SUPUESTO FÁCTICO.

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que al momento de referir las objeciones efectuadas por la aseguradora, Fabisalud I.P.S. S.A.S., efectúa diversas apreciaciones subjetivas sobre la

improcedencia o falta de motivación de dichas objeciones sin que allegue al proceso prueba suficiente de su dicho, por lo cual las observaciones por ella presentada frente a las objeciones de mi representada resultan a todas luces infundadas, siendo claro el incumplimiento de la carga probatoria que le impone el artículo 167 del C.G.P., siendo necesario en tal sentido que el juez de conocimiento deniegue las pretensiones de la demanda teniendo en cuenta que las afirmaciones de la demanda no cuentan con sustento probatorio alguno.

Conforme a lo manifestado, es necesario recordar que el Código General del Proceso en su artículo 167 impone a la parte interesada la carga probatoria de demostrar los supuestos de hecho de las normas cuyos efectos persiguen, por lo tanto, es claro que las afirmaciones realizadas en el escrito de la demanda deben contar con un respaldo probatorio suficiente que traspase las barreras de las simples declaraciones efectuadas por la misma parte demandante, so pena de encontrar frustradas sus pretensiones.

Frente a este particular, resulta de suma importancia citar una providencia del Tribunal Superior de Bogotá, que es clara al explicar que la sola afirmación del Demandante de ninguna manera puede constituir plena prueba de un supuesto fáctico. La citada providencia explica lo siguiente:

*Y es que pasó inadvertida la Superintendencia Financiera de Colombia que conforme lo establecen el artículo 167 del C.G.P., le correspondía a la parte demandante probar los supuestos fácticos en los cuales fundamenta sus pretensiones, **en tanto que la sola afirmación de quien lo alega no es constitutiva de plena prueba del hecho o acto, ya que a nadie le es dado el privilegio de que su mero dicho sea prueba suficiente de lo que afirma**, tal como lo ha precisado la H. Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil:*

***“...es verdad que, con arreglo al principio universal de que nadie puede hacerse su propia prueba, una decisión no puede fundarse exclusivamente en lo que una de las partes afirma a tono con sus aspiraciones. Sería desmedido que alguien pretendiese que lo que afirma en un proceso se tenga por verdad, así y todo sea muy acrisolada la solvencia moral que se tenga.** De ahí que la Corte Suprema de Justicia haya dicho en un importante número de veces... que ‘es principio general de*

derecho probatorio y de profundo contenido lógico, **que la parte no puede crearse a su favor su propia prueba**. Quien afirma un hecho en un proceso tiene la carga procesal de demostrarlo con alguno de los medios que enumera el artículo 175 del Código de Procedimiento Civil, con cualesquiera formas que sirvan para formar el convencimiento del Juez. Esa carga... que se expresa con el aforismo *onus probandi incumbit actori* no existiría, si al demandante le bastara afirmar el supuesto de hecho de las normas y con eso no más quedar convencido el Juez”³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, la jurisprudencia del Tribunal Superior de Bogotá, afincada en una tesis desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, se ha decantado en el sentido de explicar que el mero dicho de una parte no basta para probar un supuesto de hecho. En tal virtud, aterrizando tal teoría al caso concreto, se puede afirmar que la demanda se adelantó con el mero dicho del Demandante, sin que existiera una prueba conducente, pertinente y útil, a partir de la cual se acrediten debidamente las circunstancias fácticas expuestas en el libelo genitor. En efecto, la parte demandante construye sus hechos a partir de afirmaciones subjetivas con las cuales busca desacreditar las devoluciones u objeciones que hubiere hecho la compañía aseguradora frente a la solicitud de pago de servicios de salud con cargo al SOAT, sin embargo, los hechos de la demanda se asemejan más al planteamiento anticipado de alegatos pues son claramente argumentales, no obstante, las afirmaciones ahí planteadas, aunque intenten respaldarse desde el punto de vista normativo y documental, en realidad tienen un contenido que da cuenta de la percepción subjetiva de la parte actora frente a la postura asumida por mi representada al momento de negar el cobro, en vez de fundamentarse en pruebas que permitan llegar de forma objetiva al planteamiento señalado en su escrito.

Por lo anterior, se concluye que no es posible conceder las pretensiones de la demanda, ya que la parte demandante no ha allegado una prueba que resulte conducente, pertinente y útil en la cual se dé cuenta de forma objetiva de que las objeciones o devoluciones que afirma realizó mi procurada carezcan de motivación o sean infundadas. Luego, ante el claro incumplimiento de la carga

³ Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala Séptima. Sentencia del 24 de agosto de 2020. Rad. 2018-0034-01.

probatoria señalada en el artículo 167 del C.G.P., solicito declarar probada esta excepción y negar las pretensiones de la demanda.

6. IMPOSIBILIDAD DE CONDENAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC A PAGAR INTERESES MORATORIOS DESDE EL MES SIGUIENTE A LA SOLICITUD DE PAGO EFECTUADA POR FABISALUD I.P.S. S.A.S.

Es claro que para que nazca a la vida la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de mi representada, se requería que Fabisalud I.P.S. S.A.S. cumpliera con la carga establece en el artículo 1077 del C.Co., situación válida por disposición expresa del inciso cuarto del artículo 38 del Decreto 056 de 2015. Ahora bien, por lógica, la acreditación de los requisitos del mencionado artículo en el caso de la entidad prestadora de servicios de salud se circunscribe al cumplimiento de los requisitos previstos en los artículos 26 y 33 del Decreto 056 de 2015, así como a la verificación de que no hayan existido causales de devolución o glosas a las facturas presentadas. No obstante, tales supuestos no fueron acreditados por lo que no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente, por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago de intereses de mora cuando la parte demandante no ha demostrado fehacientemente los requisitos mencionados. Nótese que ni siquiera en esta instancia judicial ha probado las razones por las que afirma que las objeciones o devoluciones que efectuó mi representada en su momento resultaron infundadas, limitándose a hacer apreciaciones subjetivas en su escrito sin ningún sustento real. Por lo anterior mientras se encuentren insatisfechos los presupuestos anteriores no es posible afirmar que haya nacido obligación alguna y mucho menos que se encuentre insatisfecha.

Debe decirse que en este caso se encuentra en una enorme zona de penumbra la supuesta falta de fundamentación de las devoluciones u objeciones, al no encontrarse prueba alguna aportada con la demanda que dé cuenta de que las mismas hayan sido infundadas. Es decir, se encuentra insatisfecho el cumplimiento de la acreditación del siniestro y la cuantía de la pérdida y que siendo estos dos elementos esenciales en los términos del artículo 1077 del C.Co para acreditar el derecho a recibir el pago por parte del asegurador debe afirmarse enfáticamente que mientras no se pruebe tales presupuestos no es posible considerar que ha nacido a la vida jurídica la obligación crediticia

Aseguradora Solidaria de Colombia EC. Por lo dicho, salta a la vista que la institución de salud no ha acreditado la ocurrencia del siniestro ni la cuantía de la pérdida, por ende, no podría tampoco predicarse la mora de una obligación que no ha surgido como consecuencia de la misma omisión en la acreditación de las cargas del artículo 1077 del C.Co que se encuentra en cabeza de los demandantes.

Ahora bien, debe dejarse claro que en el hipotético y remoto evento en que el Honorable Despacho considere que el pago de las atenciones brindadas con cargo al SOAT es procedente y que existe obligación por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia EC, se deberá tener en consideración que la certeza sobre dicho derecho sólo quedará probado al momento de proferirse sentencia, por lo que si el Despacho encontrara sustento de tal pretensión es claro que ello implicaría que los presupuestos del artículo 1077 se demostraron en el curso del proceso, después de surtirse el debate probatorio y por ende no podría condenarse al pago de intereses moratorios desde el mes siguiente a la presentación extrajudicial de las facturas para el pago.

Como sustento de lo anterior, se encuentra que la Corte Suprema de Justicia en cuanto al momento en el que se empiezan a causar los intereses moratorios, ha establecido en distintas oportunidades que éstos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

“(...) Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo (...)”⁴

Aunado al anterior pronunciamiento, es relevante resaltar cómo la Corte Suprema ha dicho que la

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

sanción a la que corresponde los intereses de mora no puede ser aplicada de manera objetiva, sino que debe atenderse al caso concreto a fin de evaluar el motivo de retardo en el pago, lo anterior en palabras de la Corte al indicar que:

“(…) De igual modo, en providencia del 29 de abril de 2005, reiteró: “ a la luz de los principios generales relativos al retardo en el cumplimiento de las obligaciones, principios en los que claramente se sustenta el precepto contenido en el artículo 1080 del C. de Co., desde el momento en que de acuerdo con este precepto ha de entenderse que comienza la mora del asegurador, es decir desde el día en que la deuda a su cargo es líquida y exigible, o mejor, lo habría sido racionalmente si no hubiere diferido sin motivo legítimo la liquidación de la indemnización y el consiguiente pago, dicho asegurador, además de realizar la prestación asegurada, está obligado al resarcimiento de los daños (…)”

Los fragmentos jurisprudenciales que acaban de citarse explican que la aseguradora sólo incurre en mora cuando no paga la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha de la reclamación, si ésta se ha hecho debidamente por el asegurado y con el cumplimiento de las carga probatorios sobre la existencia del siniestro y el valor del daño.

Pero esta sanción-ha afirmado esta Corte-no se impone de manera objetiva, pues para que haya lugar a ella es necesario que la falta de pago de la indemnización carezca de causa justificada o le sea imputable al asegurador, por lo que el juez deberá entrar a valorar en todos los casos el motivo de retraso en la liquidación.

En ese orden- prosiguió esta corporación- si la excusa de la aseguradora consiste en que no fue posible determinar el monto del daño, y logra probar ese hecho en el proceso, entonces no habrá lugar a imponerle sanción alguna, porque es claro que la falta de satisfacción oportuna de la obligación no se debió a su culpa, tal como ha sido explicado por esta sala: “En consecuencia, el monto líquido de la prestación es presupuesto estructural de la obligación de pagar el capital asegurado y de la mora (in illiquidis mora non fit), razón por la cual, en ausencia de comprobación, no es

exigible ni la indemnización ni la sanción moratoria (...)⁵. (Sentencia de 27 de agosto de 2008.Exp- 1997-14171-01

Ahora bien, la jurisprudencia en cita resulta totalmente aplicable al caso concreto, teniendo en cuenta que el inciso cuarto del artículo 38 del Decreto 056 del 2015 refiere que si el asegurado o beneficiario demuestra su derecho aun extrajudicialmente en los términos del artículo 1077 del C.Co., la aseguradora deberá pagar dentro del mes siguiente a dicha acreditación los intereses moratorios equivalentes al interés bancario corriente certificado por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad. Por lo tanto, debe decirse que la acreditación de tal derecho en el caso bajo estudio no se ha dado pues la parte accionante no aportó la documentación requerida que diera cuenta de que mi representada debía pagar suma alguna, o pagar un monto superior al que inicialmente hubiere reconocido. Esto es así teniendo en cuenta que la accionante se limita a hacer apreciaciones subjetivas carentes de sustento intentando dar apariencia de “injustificadas” a las objeciones o devoluciones efectuadas por la aseguradora cuando le solicitó el pago de las facturas que actualmente son usadas como fundamento de la demanda. No obstante, dichas apreciaciones no superan el límite del sentir interno de la accionante que no cuenta con soporte probatorio objetivo.

Lo anterior, deja claro que como a la fecha no se ha demostrado que las devoluciones u objeciones de mi representada fueran injustificadas, así como tampoco se ha demostrado motivo que justifique que hubiere tenido que pagarse en su oportunidad el valor total referido en las diferentes facturas de los servicios prestados durante los años 2016 y 2017, es claro que únicamente con la decisión final que adopte el juzgador se podrá establecer si efectivamente se cumplen las cargas del artículo 1077 del C.Co y en efecto se otorgará certeza al derecho pretendido, por lo que de ninguna manera se podría condenar al pago de intereses moratorios desde el mes siguiente al momento en que la demandante supuestamente acreditó extrajudicialmente su derecho. Luego, antes de proferirse el fallo no existe certeza sobre la obligación presuntamente pendiente de indemnizar.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

⁵ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC 5681 de 2018, MP. Ariel Salazar Ramírez

7. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

Acorde con lo manifestado a lo largo de este escrito de contestación, es necesario acudir a la figura del Enriquecimiento sin Justa Causa, pues es claro que no existe motivo jurídico que permita inferir razonadamente que la parte actora tiene derecho alguno a la suma reclamada en las pretensiones, por lo que, de reconocerse dicha cifra, estaríamos ante un evidente enriquecimiento sin causa de Fabisalud I.P.S. S.AS.

Ahora bien, el postulado del enriquecimiento sin causa se encuentra plasmado en el artículo 831 del Código de Comercio que proscribe el enriquecimiento sin causa a expensas de otra persona, y que la misma suceda sin una causa jurídica.

En este mismo entendido, dicho concepto ha sido objeto de pronunciamiento por parte de La Corte Suprema de Justicia, la cual advierte advierte:

*“(...) Hay que precisar, a ese respecto, que la jurisprudencia fundacional de lo que hoy es el querer de la ley, se orientaba a **corregir las situaciones en las cuales el patrimonio de un sujeto de derecho sufría mengua, mientras otro acrecía sus haberes en la misma medida, sin que existiera una razón que explicara esa alteración**, caso en el cual se imponía al juez el deber de adoptar los correctivos necesarios **en procura de que se restableciera la equidad** (...)”⁶ (Énfasis propio)*

De todo lo anterior se desprende que en caso de condenar a las codemandadas a la indemnización de perjuicios pretendida por la demandante se estaría generando un enriquecimiento de la parte demandante y un empobrecimiento correlativo en el demandado. No sólo el actuar temeroso de la demandante hace necesaria esta conclusión, sino también el que no haya cumplido con su carga probatoria al no estar demostrado con los medios de pruebas pertinentes, útiles y conducentes que las codemandadas, generaron un daño en la parte demandante que las obligue a su indemnización. Además, en el hipotético caso en que si se determine que hubo un daño imputable a la demandada y que se haya causado a la parte demandante –lo cual no sucede en este caso-, debe restringirse

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. 19 de diciembre de 2012. Exp. 54001-3103-006-1999-00280-01.

su indemnización a los perjuicios probados, en la medida que tal como lo establece el honorable tratadista Dr. Juan Carlos Henao en su obra *“El daño”*: *“se debe indemnizar el daño, sólo el daño y nada más que el daño”* (Pág. 45).

De esta forma es claro que debido a las situaciones de hecho planteadas en los medios exceptivos, Fabisalud I.P.S. S.A.S. no ostenta derecho alguno a obtener de mi representada suma de dinero, situación que de ocurrir constituiría un claro enriquecimiento sin causa pues no existe motivo jurídico que respalde el acrecimiento en el patrimonio de la accionante con el consecuente detrimento del patrimonio de la aseguradora, por lo tanto, deberá declararse esta excepción y procederse a negar las pretensiones de la demanda.

Conforme a lo expuesto solicito declarar probada esta excepción.

8. EXCEPCIÓN GENÉRICA O INNOMINADA

En atención al mandato contenido en el artículo 282 del CGP, solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, frente a la demanda, que se origine en la Ley, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

V. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

- **PRUEBA DOCUMENTAL**

Sentencia SC-3075 de 2024, de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en la cual se establece la prescripción de las reclamaciones del SOAT.

- **INTERROGATORIO DE PARTE.**

Comedidamente solicito se cite al señor **PABLO FERNANDO OTERO RAMÓN** o quien haga

sus veces, para que en su condición de representante legal de FABISALUD IPS S.A.S., parte demandante dentro del presente asunto, absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

- **DECLARACIÓN DE PARTE**

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del representante legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza.

- **TESTIMONIALES**

1. Respetuosamente me permito solicitar decretar el testimonio de la doctora **EDGAR VILLAMIL QUIROGA**, quien puede ser citado en la dirección electrónica edvillamil@rgc.com.co cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre las objeciones, glosas y causales de devolución respecto de las facturas objeto de la demanda.
2. Respetuosamente me permito solicitar decretar el testimonio de la doctora **DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES**, identificada con la cédula de ciudadanía 1.061.751.492 de Popayán, quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán, y puede ser citada en la Carrera 2 Bis No. 4-16, o en la dirección electrónica darlingmarcela1@gmail.com cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre las objeciones y causales de devolución respecto de las facturas objeto de la demanda.

VI. ANEXOS

1. Poder otorgado al suscrito.
2. Certificado de existencia y representación legal de Aseguradora Solidaria de Colombia EC.

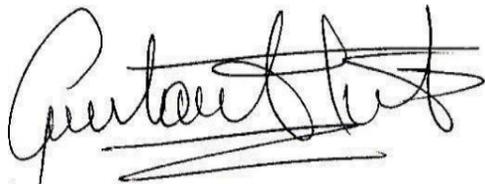
VII. NOTIFICACIONES

Al demandante y su apoderado, en las direcciones consignadas en la demanda para tales fines.

Por mi representada Aseguradora Solidaria de Colombia EC recibirá notificaciones en el correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co.

Al suscrito en la Avenida 6ª Bis No.35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.

gha.com.co**Gustavo Alberto Herrera Ávila**

Director General

Email: gherrera@gha.com.co | 315 5776200 - 602 6594075

Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Of 212 | +57 315 5776200

Bogotá - Cra 11A # 94A - 23 Of 201 | +57 317 3795688



Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments

De: Notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>**Enviado:** martes, 11 de marzo de 2025 11:05**Para:** Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>**Cc:** Gustavo Alberto Herrera Avila <gherrera@gha.com.co>; Informes GHA <informes@gha.com.co>**Asunto:** CAL17825. PODER.

Señores

JUZGADO 20 CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD

Cali – Valle del Cauca

Referencia: RADICADO: 202500023
DEMANDANTE. FABISALUD IPS S.A.S.
DEMANDADO. ASEGURADORA SOLIDARIA

JUAN PABLO RUEDA SERRANO, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **79.445.028** de **Bogotá**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, identificado como aparece al pie de su firma, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

El doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, queda expresamente facultado para notificarse, recibir, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Así mismo confirmamos que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co

Cordialmente,

JUAN PABLO RUEDA SERRANO
C. C. No. **79.445.028** de Bogotá
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C. C. No. 19.395.114 de
T. P. No. 39116

CAL17825 2025/03/10

Cordialmente,

GERENCIA JURÍDICA.
Dirección General.
Calle 100 No 9A – 45 Bogotá -CO



Defensor del Consumidor Financiero Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna Celular: 310 223 4304 • Correo: defensoriasolidaria@gmail.com
Carrera 13 A # 28-38 oficina 221, Bogotá • Teléfono: (501) 791 91 80 • Fax: (501) 791 91 80 • Horario: Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

Este mensaje es confidencial, esta amparado por secreto profesional y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su(s) destinatario(s). Si recibió esta transmisión por error, por favor avise al remitente. Este mensaje y sus anexos han sido sometidos a programas antivirus y entendemos que no contienen virus ni otros defectos. En todo caso, el destinatario debe verificar que este mensaje no esta afectado por virus y por tanto Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no es responsable por daños derivados del uso de este mensaje.

This message is confidential, subject to professional secret and may not be used or disclosed by any person other than its addressee(s). If received in error, please contact the sender. This message and any attachments have been scanned and are believed to be free of any virus or other defect. However, recipient should ensure that the message is virus free. Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa is not liable for any loss or damage arising from use of this message.

Ya visitó <https://www.solidaria.com.co> ?

Señores

JUZGADO 20 CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD
Cali – Valle del Cauca

Referencia: **RADICADO:** **202500023**
 DEMANDANTE. **FABISALUD IPS S.A.S.**
 DEMANDADO. **ASEGURADORA SOLIDARIA**

JUAN PABLO RUEDA SERRANO, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **79.445.028** de **Bogotá**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, identificado como aparece al pie de su firma, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

El doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, queda expresamente facultado para notificarse, recibir, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Así mismo confirmamos que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co

Cordialmente,



JUAN PABLO RUEDA SERRANO
C. C. No. **79.445.028** de **Bogotá**
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C. C. No. 19.395.114 de
T. P. No. 39116

CAL17825 2025/03/10



Superintendencia Financiera de Colombia

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 2366166030585796

Generado el 04 de marzo de 2025 a las 09:55:51

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

NIT: 860524654-6

NATURALEZA JURÍDICA: Entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 0064 del 18 de enero de 1985 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de SEGUROS UCONAL LIMITADA.

Escritura Pública No 3098 del 31 de julio de 1989 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL SOCIEDAD COOPERATIVA LTDA.

Escritura Pública No 4201 del 17 de octubre de 1991 de la Notaría 20 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL.

Escritura Pública No 3296 del 16 de noviembre de 1993 de la Notaría 41 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA "SOLIDARIA"

Escritura Pública No 1628 del 19 de julio de 2004 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal será en Bogotá D.C.

Escritura Pública No 420 del 09 de marzo de 2007 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Es una institución auxiliar del cooperativismo, de carácter Nacional, especializada en la actividad aseguradora, sin ánimo de lucro, de responsabilidad limitada, de número de ley, con patrimonio variable e ilimitado.

Escritura Pública No 01779 del 24 de julio de 2013 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de SOLIDARIA es Bogotá Distrito Capital, República de Colombia, sin perjuicio de constituir Agencias y Sucursales dentro y fuera del país Es una entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro , modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2402 del 30 de junio de 1988

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA, además de Representante Legal, será el Primer Ejecutivo de SOLIDARIA, será el ejecutor de las decisiones de la Junta de Directores y de la Asamblea General, y el responsable directo de la administración de SOLIDARIA. **FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO.** Las funciones y responsabilidades del Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA son las siguientes: 1. Planear, organizar, ejecutar y controlar la administración de SOLIDARIA, así como supervisar y controlar todos los negocios y operaciones de SOLIDARIA. 2. Ejercer la Representación Legal de SOLIDARIA y, en tal virtud, celebrar los contratos y operaciones propias de su objeto social y que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de SOLIDARIA, y llevar la Representación Judicial y



Certificado Generado con el Pin No: 2366166030585796

Generado el 04 de marzo de 2025 a las 09:55:51

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la actividad aseguradora. 4. Ordenar los gastos y desembolsos de recursos, de acuerdo con el presupuesto aprobado por la Junta de Directores. 5. Nombrar la planta de empleados que conforma la estructura administrativa de SOLIDARIA aprobada por la Junta de Directores, asignar las funciones y fijar las remuneraciones, de acuerdo con la escala salarial. 6. Representación judicial y extrajudicial a SOLIDARIA, y conferir poderes especiales y generales. 7. Informar mensualmente a la Junta de Directores sobre el estado de SOLIDARIA. 8. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario. 9. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario; 10. Preparar el informe de gestión para presentar a la Asamblea General. 11. Autorizar la apertura de las cuentas bancarias y de ahorros. 12. Todas las demás que se deriven de su cargo o que le sean asignadas por la Junta de Directores. REPRESENTACIÓN LEGAL. En adición al Presidente Ejecutivo, la Representación Legal de SOLIDARIA estará en cabeza de los demás Representantes Legales que designe la Junta de Directores. PARÁGRAFO. Para asuntos Judiciales la Representación Legal de SOLIDARIA la tendrán además de los Representantes Legales, los Representantes Legales Judiciales que designe la Junta de Directores, quienes tendrán funciones de representar a la compañía en actuaciones judiciales y audiencias que se surtan ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, policivas y entidades del sector central descentralizadas del estaso. Especialmente, los representantes legales judiciales tendrán las facultades de constituir apoderados judiciales, representar a la compañía en las audiencias de conciliaciones judiciales, extrajudiciales, para absolver interrogatorios de parte, para recibir notificaciones, tanto ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, policiva, así como entidades del sector central y descentralizadas. (Escritura Pública 01779 del 24 de julio de 2013 Notaria 43 de Bogotá D.C.). REGLAMENTO DE ATRIBUCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES: ARTICULO SEGUNDO: los demás Representantes Legales, de que trata el artículo primero de éste reglamento, cuentan con las mismas atribuciones de representación legal que las del Presidente Ejecutivo de Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa; señaladas en el artículo 66 del actual cuerpo estatutario. (oficio 2013092496 del 21 de octubre de 2013)

Que ejercen la representación legal de la entidad y han sido registradas las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Francisco Andrés Rojas Aguirre Fecha de inicio del cargo: 01/11/2021	CC - 79152694	Presidente Ejecutivo
José Iván Bonilla Pérez Fecha de inicio del cargo: 17/01/2019	CC - 79520827	Representante Legal
Nancy Leandra Velásquez Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020	CC - 52032034	Representante Legal
Claudia Patricia Palacio Arango Fecha de inicio del cargo: 01/09/2022	CC - 42897931	Representante Legal
Juan Pablo Rueda Serrano Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 79445028	Representante Legal Judicial

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Estabilidad y calidad de la vivienda nueva, Incendio, Manejo, Vidrios, Terremoto, Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito, Sustracción y Cooperativo de vida



Superintendencia Financiera de Colombia

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 2366166030585796

Generado el 04 de marzo de 2025 a las 09:55:51

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

Resolución S.B. No 1335 del 29 de abril de 1993 Responsabilidad civil

Resolución S.B. No 868 del 09 de mayo de 1994 Cumplimiento

Resolución S.B. No 1893 del 02 de septiembre de 1994 Transporte

Resolución S.B. No 2565 del 23 de noviembre de 1994 Montaje y rotura de maquinaria, Todo riesgo contratista, Accidentes personales

Resolución S.B. No 2127 del 01 de octubre de 1998 Salud

Resolución S.B. No 636 del 13 de junio de 2002 Exequias

Resolución S.B. No 1067 del 19 de septiembre de 2002 Enfermedades de Alto Costo

Resolución S.B. No 1408 del 09 de diciembre de 2002 cancela el ramo de SOAT

Resolución S.B. No 230 del 11 de marzo de 2003 Vida grupo

Resolución S.F.C. No 0794 del 11 de mayo de 2006 Lucro Cesante

Resolución S.F.C. No 1458 del 30 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. Entidad Cooperativa para operar el ramo de seguros de Enfermedades de alto costo

Resolución S.F.C. No 1194 del 28 de junio de 2013 Seguros de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT

Resolución S.F.C. No 1577 del 23 de agosto de 2013 autorizado para operar el ramo de Seguro de Desempleo

Resolución S.F.C. No 0842 del 03 de julio de 2019 autoriza para operar el ramo de seguro de Navegación y Casco

Oficio No 2022116107-005 del 29 de junio de 2022 autoriza para operar el ramo de Seguro Decenal


2366166030585796

**PATRICIA CAIZA ROSERO
SECRETARIA GENERAL (E)**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil, Agraria y Rural

MARTHA PATRICIA GUZMÁN ÁLVAREZ

Magistrada ponente

SC3075-2024

Radicación n.º 08001-31-53-016-2021-00094-02

(aprobado en sesión de catorce de noviembre de dos mil veinticuatro)

Bogotá, D.C., diecinueve (19) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

Se decide el recurso extraordinario de casación interpuesto por la convocante frente a la sentencia de 1 de agosto de 2023, dictada por la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, en el proceso verbal que promovió Clínica Altos de San Vicente S.A.S. contra Compañía Mundial de Seguros S.A.

ANTECEDENTES

1. Pretensiones.

La sociedad demandante pidió declarar que «*prest[ó] (...) servicios de salud, médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a personas lesionadas en accidentes de tránsito por vehículos amparados con pólizas de seguro SOAT expedidas por la Compañía Mundial de Seguros S.A.*». En consecuencia, solicitó condenar a su

contraparte al pago de «\$592.650.758, como monto o valor de dichos servicios», junto con los intereses moratorios causados «desde el mes siguiente a la fecha de presentación o radicación de las solicitudes (...), hasta la fecha en que se efectúe el pago», liquidados a la tasa máxima que establece la legislación mercantil.

2. Fundamento fáctico.

Entre julio de 2017 y septiembre de 2019, la Clínica Altos de San Vicente S.A.S. atendió a varias personas que sufrieron lesiones en accidentes de tránsito, en los que presuntamente estuvieron involucrados vehículos cubiertos por pólizas SOAT, emitidas por la aseguradora demandada.

La demandante presentó ante la Compañía Mundial de Seguros S.A. las reclamaciones para el pago, siguiendo los lineamientos del artículo 26 del Decreto 56 de 2015 y demás normas concordantes. No obstante, esas reclamaciones fueron objetadas, bajo el argumento de que los pacientes atendidos habían presentado «pólizas prestadas».

Esto implicaría, por ejemplo, que algunas personas fingieron haber sufrido un accidente de tránsito para recibir la atención médica que necesitaban, cuando en realidad presentaban secuelas de un incidente doméstico; o bien, que se utilizaron pólizas que no correspondían a los vehículos involucrados en el siniestro.

Sin embargo, esos motivos de rechazo no están contemplados en el anexo técnico No. 6 de la Resolución

3047 de 2008, emitida por el Ministerio de la Protección Social. Además, las circunstancias fácticas en las que se basaron las objeciones no son oponibles a los beneficiarios, ni a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, según lo dispone el artículo 41-3 del Decreto 56 de 2015.

3. Actuación procesal.

3.1. Enterada del auto admisorio de la demanda, la aseguradora se opuso al *petitum*, y esgrimió las excepciones de «*prescripción de la acción derivada del contrato de seguro*»; «*inexistencia de la obligación respecto a las reclamaciones en que se formuló objeción total*»; «*inexistencia de la obligación frente a la reclamación pagada*»; «*inexistencia de la obligación frente a la reclamación objetada por pertinencia médica*»; «*temeridad y mala fe*», e «*inexistencia de intereses moratorios*».

3.2. Mediante fallo de 18 de noviembre de 2022, el Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de Barranquilla negó las pretensiones, tras advertir que 247 de las 400 reclamaciones de la Clínica Altos de San Vicente S.A.S. habían prescrito. En cuanto a las demás, indicó que «*la demandante no cumplió con la carga de demostrar que las facturas (...) fuese (sic) por accidentes de tránsito en que se encuentren involucrados vehículos amparados por una póliza expedida por Mundial de Seguros S.A.*».

3.3. Inconforme con esa decisión, la parte vencida interpuso el recurso de apelación.

SENTENCIA IMPUGNADA

El Tribunal confirmó lo decidido en primera instancia. Adujo, en sustento, que de acuerdo con el artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, *«las IPS 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»*.

También consideró que *«el término de la prescripción ordinaria al que hace mención la norma precitada debe computarse desde que el nosocomio elevó la reclamación ante la aseguradora Mundial de Seguros S.A.»*, razón por la cual *«las acciones que se derivan de las 247 facturas relacionadas en (...) la sentencia de primera instancia se encuentran prescritas, antes de la presentación de la demanda»*. Con todo, precisó que el juzgado a quo *«cometió el dislate al mencionar la “prescripción de las facturas”*, cuando *«lo correcto es hablar de “prescripción de la acción de reclamación”, fundamentada en las facturas aportadas como pruebas»*.

Por otra parte, indicó que *«para la Sala es acertado (sic) las valoraciones realizadas por la juez a quo, en cuanto a se determinó que Clínica Altos de San Vicente no puede endilgarle a Mundial de Seguros los costos de la atención médica prestada»*. Lo anterior en tanto que *«no se puede concluir, sin hesitación, la existencia de un accidente de tránsito primigenio, que originó la asistencia a los lesionados, en algunos casos, y en otros, aunque si ocurrió el siniestro vial, para cobrar la prestación del servicio asistencia, no cumple con los requisitos establecidos en el Decreto-Ley 663 de 1993»*.

Para finalizar, resaltó que *«se presentaron atenciones que eran ajenas al cubrimiento del SOAT, verbigracia, se adujo la ocurrencia de un siniestro vial, con un velocípedo que en realidad no participó en tal hecho; también se acudió a la práctica de facilitar a quien no tiene el seguro obligatorio, o éste está vencido, por parte de un tercero, para obtener la atención medida, de quien se vio involucrado en el accidente, pero, no contaba con la cobertura asegurativa, o en su defecto no se puede identificar el vehículo implicado en el accidente. Por tanto, estos cargos no son atribuibles a un automotor con una póliza de SOAT de Mundial de Seguros S.A.»*.

DEMANDA DE CASACIÓN

Al sustentar el recurso extraordinario de casación la convocante presentó tres cargos, fundados en las causales primera, tercera y segunda del artículo 336 del Código General del Proceso, respectivamente.

CARGO PRIMERO

Se denunció la trasgresión directa de los artículos 1077 y 1081 del Código de Comercio; 11 del Decreto 56 de 2015, compilado en el artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016; 27, 28, 1502, 1602, 1603, 2512, 2535 y 2536 del Código Civil; y 2, 822 y 823 del Código de Comercio.

Para la recurrente, el Tribunal atribuyó al artículo 11 del Decreto 56 de 2015 *«un alcance distinto al que realmente tiene»*, creando *«una figura de prescripción inexistente en el ordenamiento jurídico»*. Es, por tanto, incorrecta la conclusión de dicha corporación, según la cual *«el término de prescripción de dos años»*

que consagra el artículo 1081 del Código de Comercio aplica a las acciones judiciales para el cobro de gastos médicos asociados a accidentes amparados por una póliza SOAT, ya que aquella norma, en realidad, solo se refiere al plazo para presentar reclamaciones ante la respectiva aseguradora.

Insistió en que el fallo de segunda instancia *«confundió el término para presentar reclamaciones, que es un procedimiento administrativo, con un término de prescripción»*, y que *«ninguna ley establece que el término para reclamar sea equivalente o igual al término de prescripción»*. Y adujo también que la motivación del fallo de segunda instancia carece *«de coherencia interna»*, pues fija *«dos momentos diferentes para el inicio del término de prescripción»*: uno, desde *«la prestación del servicio»*, y otro, desde *«la formulación de la reclamación»*, inconsistencia que pone de manifiesto la incomprensión de las pautas que disciplinan el caso.

Finalmente, la actora alegó que la ausencia de una regla especial de prescripción para estas obligaciones, propias del ámbito del SOAT, imponía al Tribunal acudir a *«las disposiciones del Código Civil»*; en particular, al artículo 2536 de dicha preceptiva, donde están establecidos los términos generales de prescripción de las acciones ejecutivas y ordinarias –cinco y diez años, respectivamente–.

CARGO SEGUNDO

La convocante sostuvo que la sentencia de segunda instancia incurrió en el vicio de incongruencia, *«habida cuenta*

que consideró y falló excepciones que el demandado adujo y que no estaba facultado para formular, y menos para resolverse».

En punto de lo anterior indicó que, de conformidad con el artículo 2.6.1.4.4.1. del Decreto 780 de 2016, *«a las víctimas de los accidentes de tránsito, a los beneficiarios o a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción o transacción».*

Con similar orientación, resaltó que, *«pese a la claridad y contundencia normativa, la parte demandada, cuando concurrió al proceso y expuso sus defensas, invocó excepciones que no estaba autorizada aducir». Y, como si fuera poco, «el juez de primera instancia y, luego, el ad quem (...) estudiaron y acogieron el medio de defensa alusivo a la no existencia del accidente de tránsito o a defectos de la póliza utilizada (...)».* Por esa vía, concluyó diciendo que, *«a raíz de la aceptación y acogida de las excepciones formuladas, diferentes al pago, compensación, transacción y prescripción (...), el Tribunal permeó la controversia y habilitó la discusión de temas o puntos que no podían ser presentados y analizados en este escenario».*

CARGO TERCERO

En opinión de la casacionista, el Tribunal incurrió en diversos errores de hecho y de derecho –estos últimos, relacionados con la infracción de los artículos 164, 165, 167, 176, 243, 244, 250 y 257 del Código General del Proceso–, que resultaron en la trasgresión indirecta de los preceptos 2,

822, 823, 1077 y 1081 del Código de Comercio; 11 del Decreto 56 de 2015; 143 de la Ley 1438 de 2011; 27, 28, 1495, 1502, 1602, 1603, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 2512, 2535 y 2536 del Código Civil; y 38 y 39 de la Ley 153 de 1887.

En desarrollo de esta acusación, afirmó que en el fallo impugnado se cometió en un grave desatino, al inaplicar las reglas probatorias establecidas para acreditar la ocurrencia de un accidente de tránsito en el contexto del SOAT, especialmente la prevista en el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, según el cual las declaraciones del médico de urgencias, emitidas en el formato oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, constituyen «*prueba suficiente*» para demostrar el siniestro que ampara el seguro obligatorio.

Para la entidad impugnante, el *ad quem* no les reconoció ese alcance probatorio a las declaraciones de los médicos tratantes, sino que, por el contrario, asignó mayor peso demostrativo a los informes elaborados por un investigador privado, contratado por la aseguradora. Por esa vía, también criticó que no se valorara como documento público el «*formato que el médico de urgencias debe diligenciar*», y que se permitiera su contradicción con base en el «*informe rendido por una entidad privada, contratada para ‘investigar el siniestro’ y, los testimonios de sus empleados [los de la aseguradora, se aclara]*».

De otro lado, la impugnante cuestionó que se hubiera invertido la carga de la prueba, al considerar que era la parte reclamante quien «*debió proceder a refutar (sic) el informe que*

elaboró la empresa privada, contratada para investigar el accidente de tránsito y [que], al no haberlo hecho, lo convalidó y le proveyó firmeza». También apuntó que, «al momento de radicarse la reclamación del pago, la recurrente entregó a la demandada el formulario diligenciado por el médico de urgencias que atendió a la víctima; los documentos de epicrisis y la historia de la asistencia médica, al igual que las facturas que recogían el valor de los servicios suministrados», evidencias suficientes «para formalizar y justificar el pago, en la medida en que (...) las propias normas que rigen el SOAT así lo tienen establecido».

En línea con lo anterior, explicó que, *«si en cabeza de la actora radicaba el compromiso de acreditar el siniestro, y así lo hizo, a través de la prueba idónea (...), al igual que la epicrisis y la historia clínica, así como el valor del servicio, a la parte demandada le correspondía infirmar dichos documentos o lo que de ellos se desprendía, atendiendo la clase de pruebas que se expusieron, es decir, teniendo la calidad de documentos públicos».*

Igualmente, censuró al Tribunal por haber perdido de vista que las 400 reclamaciones fueron *«objetadas o glosadas, tanto en la [etapa prejudicial,] como dentro de esta contienda, a partir de preterir su texto en cuanto que incluían referencia de medicamentos no autorizados, o cuyo valor superaban los existentes en el mercado, además, aludían a otras circunstancias cuya exposición no está autorizada, v. gr., que el tomador las había prestado o que no referían a accidentes que, realmente, hubiesen acontecido».*

Por último, afirmó que el *ad quem* había incurrido *«en error[es] de hecho»,* al *«restarle valor probatorio [a las reclamaciones presentadas ante la aseguradora], a partir de contenidos que no resultaba viable cuestionarlos y menos demandar su exclusión, o, lo que es peor, negar el pago por su texto»,* y al reconocer *«al ‘informe’*

presentado por la sociedad Global Red Ltda. – Investigaciones Sin Fronteras, la capacidad o fortaleza suficiente (...) para infirmar los documentos públicos que la actora adujo».

CONSIDERACIONES

1. El seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito – SOAT.

1.1. La conducción de vehículos automotores es considerada como una actividad riesgosa, o “peligrosa”, en tanto que *«su potencialidad de causar un daño deja de ser azarosa, como ocurre con cualquier acto humano, para constituirse en eventual, probable o incluso inevitable¹»* (CSJ SC4966-2019²). En consideración a lo anterior, los distintos sistemas jurídicos han diseñado diversos mecanismos para afrontar, de manera eficiente y sostenible, la principal externalidad negativa de la conducción: la posibilidad de causar lesiones –o la muerte– a otras personas en un *accidente de tránsito*³.

Esos mecanismos tienen una función complementaria, que opera en refuerzo de las estructuras básicas de la

¹ *«En otras palabras, constituyen actividades peligrosas las que “debido a la manipulación de ciertas cosas o al ejercicio de una conducta específica que lleva ínsito el riesgo de producir una lesión o menoscabo, tiene[n] la aptitud de provocar un desequilibrio o alteración en las fuerzas que –de ordinario– despliega una persona respecto de otra” (CSJ SC, 23 oct. 2001, rad. 6315)»* (nota al pie del texto original).

² En el mismo sentido, CSJ SC, 19 abr. 1979, G. J. t. CLIX, pág. 90; CSJ SC, 17 jul. 1985, G. J. t. CLXXX, pág. 152; CSJ SC, 14 oct. 2004, rad. 7637; CSJ SC, 30 jun. 2005, rad. 1998-00650-01; CSJ SC, 17 may. 2011, rad. 2005-00345-01; CSJ SC, 19 dic. 2012, rad. 2001-00050-01; CSJ SC10808-2015; CSJ SC5406-2018; CSJ SC665-2019 y CSJ SC4232-2021, entre otras.

³ Aunque se trata de una expresión de uso común, vale la pena mencionar que el artículo 2.6.1.4.3. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, define *«accidente de tránsito»* como aquel *«suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor. No se entenderá como accidente de tránsito para los efectos de este Capítulo, aquel producido por la participación del vehículo automotor en espectáculos o actividades deportivas».*

seguridad social y la responsabilidad civil. Su propósito consiste en establecer una fuente de financiamiento cierta e inmediata para cubrir la atención médica de las víctimas de accidentes de tránsito, e incluso para ofrecerles alguna compensación por los daños padecidos, sin trasladar el costo de dicha garantía a toda la sociedad, ni depender de la solvencia o la buena voluntad de los conductores implicados en el fenómeno dañoso.

1.2. Sin perjuicio de otras soluciones excepcionales, como los esquemas de compensación universal⁴, la mayoría de los ordenamientos jurídicos⁵ gestionan el referido riesgo de lesiones o fallecimiento en accidentes de tránsito mediante *seguros obligatorios de responsabilidad civil*, que deben adquirirse como requisito para la circulación de cualquier tipo de vehículo automotor⁶.

En contraste, la legislación colombiana limita la exigencia de un seguro obligatorio de responsabilidad civil a los vehículos de transporte público terrestre⁷. A cambio, impone a todos los automóviles que transitan por las vías del territorio nacional la obligación de contratar una póliza de seguro de accidentes personales, denominada Seguro

⁴ Como el que existe en Nueva Zelanda, a partir de la implementación del *Accident Compensation Act* 1972, No. 43.

⁵ Cfr. ZIMOLO, Armando. *Normative and management characteristics of motor third party liability insurance in the world*. AIDA, Paris, 2010 (En: <http://www.aida.org.uk/pdf/miwp%20report.pdf>).

⁶ Por citar solamente algunos ejemplos, así ocurre en todos los países de la Unión Europea (Directiva 2009/103/CE, modificada mediante la Directiva UE 2021/2118 del Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea); en el Reino Unido (Road Traffic Act, 1988); Japón (Automobile Liability Security Law, 1965); India (Motor Vehicles Act, 1988); República Popular China (Compulsory Automobile Liability Insurance Act, 1995); Argentina (Ley 24.449, 1994) o México (Ley de Caminos, Puentes y Autotransporte Federal, 2023).

⁷ Artículo 2.2.1.4.4.1. del Decreto 1079 de 2015, Único Reglamentario del Sector Transporte.

Obligatorio de Daños Corporales Causados a las Personas en Accidentes de Tránsito, o SOAT.

1.3. Aunque el SOAT fue mencionado por primera vez en el artículo 115 de la Ley 33 de 1986⁸, su regulación integral se produjo varios años más tarde, con la expedición del Decreto 663 de 1993, o Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF), cuyo artículo 193-1 prescribe:

*«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. Quedan comprendidos dentro de lo previsto por este numeral los automotores extranjeros en tránsito por el territorio nacional. Las entidades aseguradoras a que se refiere el artículo 196 numeral 1 del presente Estatuto estarán obligadas a otorgar este seguro»⁹.*

Dicha normativa asignó al SOAT una «función social», consistente en «cubrir la muerte o los daños corporales físicos causados a las personas; los gastos que se deban sufragar por atención médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, incapacidad permanente; los gastos funerarios y los ocasionados por el transporte de las víctimas a las entidades del sector salud», atendiendo, en general, a «**todas las víctimas de los accidentes de tránsito, incluso las de causados por vehículos automotores no asegurados o no identificados**», así como al «conductor del vehículo respectivo»¹⁰.

Esto significa que los amparos del SOAT prescinden del juicio de atribución causal que es característico de la

⁸ Norma modificatoria del Decreto-Ley 1344 de 1970, o Código Nacional Terrestre, ya derogado.

⁹ El artículo 42 del Código Nacional de Tránsito Terrestre vigente (Ley 769 de 2002) también prescribe una regla semejante: «Para poder transitar en el territorio nacional **todos los vehículos deben estar amparados por un seguro obligatorio vigente (...)**».

¹⁰ Artículo 192-2, literales a) y b), del EOSF.

responsabilidad civil¹¹, y no están vinculados a un hipotético deber de reparación del agente dañador; simplemente, se activan cuando una o más personas resultan lesionadas o fallecen en un accidente de tránsito¹², siendo irrelevante establecer *quién es el responsable* de aquel siniestro¹³.

1.4. El SOAT otorga cobertura para cuatro eventos específicos: (i) «Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones» (hasta 701,68¹⁴ UVT¹⁵); (ii) «incapacidad permanente» (hasta 180 salarios mínimos legales diarios vigentes¹⁶ –SMLDV–¹⁷); (iii) «Muerte y gastos funerarios de la víctima como consecuencia del accidente, siempre y cuando ocurra dentro del año siguiente a la fecha de éste» (750 SMLDV¹⁸) ; y (iv) «gastos de transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios» (8,77 UVT¹⁹).

Dos de esos amparos cubren el traslado de la víctima de un accidente de tránsito al centro médico donde será atendida y los costos del tratamiento que requiera para su

¹¹ Tan independiente es la cobertura de la responsabilidad civil, que si colisionan dos o más vehículos no se requiere atribuir la responsabilidad del evento a alguno de ellos, sino que «cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes **de aquel que tenga asegurado**» (art. 194-5, EOSF).

¹² Prescribe el numeral 9 del artículo 2.6.1.4.4.1. del Decreto 780 de 2016 que «(...) el SOAT no estará sujeto a exclusión alguna y, por ende, amparará **todos los eventos** y circunstancias bajo las cuales se produzca un accidente de tránsito».

¹³ Con todo, es pertinente reseñar que la conducta de los involucrados podría dar lugar a un eventual derecho de repetición de la compañía aseguradora, en los términos del artículo 194-4 del EOSF: «[L]a compañía aseguradora podrá repetir contra el tomador por cualquier suma que haya pagado como indemnización por concepto del seguro de daños causados a las personas en accidentes de tránsito, cuando éste o quien **esté conduciendo el vehículo en el momento del accidente, con su autorización, haya actuado con dolo, culpa grave** o dentro de aquellas circunstancias en que el seguro adolece de vicios o defectos coetáneos a su contratación». Sobre esta norma volverá la Sala más adelante.

¹⁴ Artículo 2.6.1.4.2.3. del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 2 del Decreto 2644 de 2022.

¹⁵ El valor de la UVT es fijado anualmente por la DIAN. Corresponde, para el año 2024, a \$47.065 (Resolución 187 de 28 de noviembre de 2023).

¹⁶ Para el año 2024, el gobierno nacional estableció el monto del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV) en \$1.300.000 (Decreto 2292 de 2023), lo que equivaldría a \$43.333 diarios.

¹⁷ Artículo 193, lit. b), del EOSF, modificado por el artículo 112 del Decreto 019 de 2012.

¹⁸ Artículo 193, lit. c), del EOSF, modificado por el artículo 112 del Decreto 019 de 2012.

¹⁹ Artículo 2.6.1.4.2.19. del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 3 del Decreto 2644 de 2022.

estabilización y recuperación. Y los dos restantes, permiten a aquellos lesionados que sufren secuelas incapacitantes permanentes, o a los familiares de quienes pierden la vida en siniestros viales, acceder a un auxilio económico, sin ningún tipo de efecto o propósito indemnizatorio.

1.5. Lo anterior muestra que el SOAT participa de las características de los de seguros de accidentes personales; no obstante, está enmarcado en una regulación especial, con enfoque social y solidario. En lugar de centrarse en la relación particular entre una víctima y su victimario, el ordenamiento patrio estableció un esquema jurídico que permite coordinar esfuerzos entre diversos actores públicos y privados, buscando optimizar la atención de esas víctimas de accidentes de tránsito –asegurados²⁰– y el uso de los recursos pagados por los tomadores de las pólizas SOAT.

Recuérdese, como ejemplo de esa labor conjunta, que un porcentaje de las primas recaudadas es transferido a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, para que replique las coberturas del SOAT, pero en beneficio de las víctimas de accidentes de tránsito en los que participaron vehículos no asegurados²¹, o no identificados²². Además, con ese “fondo

²⁰ En ese sentido, el SOAT constituye una especie de seguro por cuenta de un tercero determinable (art. 1039, Código de Comercio): las potenciales víctimas de un accidente de tránsito.

²¹ Naturalmente, en esos casos «*la ADRES podrá repetir contra el propietario del vehículo que haya incumplido la obligación de contar con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT, para obtener el pago de las indemnizaciones efectuadas y los servicios de salud brindados a las víctimas del accidente, en este último caso, las EPS deberán reportar la información necesaria a la ADRES de manera periódica y oportuna*» (art. 114, Decreto 019 de 2012).

²² Artículo 2.6.1.4.2.3. del Decreto 780 de 2016.

común” se cubren los costos de traslados asistenciales entre instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)²³.

Otro supuesto de coordinación de esfuerzos se encuentra en el artículo 2 del Decreto 2644 de 2022²⁴, que estableció un rango diferencial por riesgo para ciertos vehículos, como motocicletas de baja cilindrada, taxis y buses o busetas de servicio público²⁵, a los cuales aplicó una disminución en el costo de la prima del SOAT.

En ese contexto, y ante la imposibilidad de reducir también el límite de la cobertura de gastos médicos, o en su defecto, aumentar la carga financiera de las compañías aseguradoras, el gobierno nacional optó por distribuir la cuantía total de aquella cobertura, asignando al ADRES el deber de sufragar los montos que excedieran 263,13 UVT, sin superar el límite de 701,68 UVT.

Un último ejemplo de cooperación y articulación entre distintos actores público-privados tiene relación directa con el conflicto que ocupa la atención de la Sala: el esquema del

²³ Artículo 2.6.1.4.2.1. del Decreto 780 de 2016.

²⁴ Dice la norma en cita: «Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista o de otro evento aprobado, serán cubiertas por la compañía aseguradora del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o por la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), según corresponda, así: (...) 3. Por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), cuando los servicios que se presten superen las doscientos sesenta y tres coma trece (263,13) Unidades de Valor Tributario (UVT) y hasta setecientos uno coma sesenta y ocho (701,68) Unidades de Valor Tributario (UVT), **como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y haga parte del rango diferencial por riesgo de que trata el inciso segundo del numeral primero de este artículo**».

²⁵ Específicamente, «vehículos de las categorías ciclomotor, motos de menos de 100 c.c., motos de 100 c.c. y hasta 200 c.c., motocarros tricimotos y cuadriciclos, motocarros 5 pasajeros, autos de negocios, taxis y microbuses urbanos, servicio público urbano, buses y busetas y vehículos de servicio público intermunicipal establecidas en el Anexo I del Título IV de la Parte II de la Circular Externa 029 de 2014 de la Superintendencia Financiera de Colombia».

SOAT involucra a las IPS, a las cuales asigna la obligación de prestar la «*atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito*»²⁶. En contraprestación, reconoce a esas IPS «**legitimación para reclamar**»²⁷ el pago de «*los servicios de salud*» prestados.

2. Reclamación y pago (o impago) de la cobertura de gastos médicos del SOAT.

2.1. Conforme a lo señalado, las IPS tienen el deber de prestar a las víctimas de accidentes de tránsito «*los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios (...) destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que esta traía*»²⁸, pudiendo trasladar el costo de esos servicios a la compañía aseguradora que emitió la póliza SOAT del vehículo involucrado en el siniestro vial o, en su defecto, al ADRES²⁹, hasta concurrencia del límite de la cobertura correspondiente.

Expresado de otro modo, el amparo de «*gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones*» permite a las IPS que prestan atención médica a las víctimas de accidentes de tránsito reclamar de la compañía emisora de la póliza SOAT el pago de los tratamientos suministrados, sin exceder 263,13 UVT, o 701,68 UVT, según el caso. Esto implica que

²⁶ Artículo 195-1 del EOSF.

²⁷ Artículo 2.6.1.4.2.2. del Decreto 780 de 2016.

²⁸ Artículo 2.6.1.4.2.1. del Decreto 780 de 2016.

²⁹ La Sala no ahondará en este supuesto, dada la naturaleza jurídica del ADRES, y las restricciones subjetivas de su competencia jurisdiccional. Por tal razón, el análisis subsiguiente se circunscribirá a los casos en los cuales la obligada es una compañía aseguradora, exclusivamente.

el seguro obligatorio es fuente de una obligación dineraria, de la cual es acreedora la IPS, y deudora correlativa la compañía aseguradora que corresponda.

2.2. El artículo 2.6.1.4.2.20. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, establece un procedimiento especial para que las IPS reclamen de las compañías aseguradoras esos derechos de crédito, asociados al amparo de «*gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones*» del SOAT:

*«Para elevar la solicitud de pago de los **servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito** (...), 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** (...)
2. Cuando se trate de **una víctima de accidente de tránsito**:
 - 2.1. **Epicrisis** o resumen clínico de atención (...).
 - 2.2. Los documentos que soportan el contenido de la **historia clínica** o el **resumen clínico de atención** (...)
3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas (...)
4. **Original de la factura o documento equivalente** de la IPS que prestó el servicio (...).
5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, **factura o documento equivalente** del proveedor de la IPS»³⁰.

Adicionalmente, el artículo 194 del EOSF establece que, en tratándose de la cobertura de gastos médicos del SOAT,

³⁰ Artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016.

*«todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y de sus consecuencias dañosas para la víctima. **Se considerarán pruebas suficientes**, además de todas aquellas que la víctima o el causahabiente puedan aducir, cualquiera de las siguientes que resulte pertinente, según la clase de amparo:*

- a. La certificación sobre la ocurrencia del accidente. El Gobierno Nacional reglamentará la forma en que habrá de demostrarse la ocurrencia de éste. **Será prueba del mismo la certificación que expida el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario.***
- b. La certificación de la atención por lesiones corporales o de incapacidad permanente, causadas a las personas en accidentes de tránsito, **expedida por cualquier entidad médica, asistencial u hospitalaria, debidamente autorizada para funcionar (...)**»*

Lo anterior implica que el médico encargado de atender a la víctima de un accidente de tránsito tiene la facultad de determinar tanto el origen de las lesiones, como el tratamiento requerido, con respaldo en la garantía de *«autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo»*³¹. Además, el costo de dicho tratamiento debe reflejarse en una factura, elaborada por la IPS, con base en un manual tarifario que expide y actualiza el gobierno nacional³².

En otras palabras, según el diseño y la reglamentación del SOAT, el siniestro y la pérdida del seguro obligatorio pueden acreditarse a través de documentos elaborados únicamente por el personal médico y administrativo de la

³¹ Artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

³² Anexo Técnico n.º 1 del Decreto 780 de 2016; Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto 2292 de 2023.

entidad beneficiaria del amparo, es decir, la IPS que prestó atención a la persona lesionada en el accidente de tránsito³³.

2.3. Dado que gran parte del proceso de reclamación queda en manos de la IPS, y sin dejar de lado su deber de obrar de buena fe, emerge necesario que existan mecanismos de control razonables y adecuados por parte de las compañías aseguradoras, que les permitan corroborar que los recursos del SOAT se utilicen de manera transparente y eficiente, protegiendo la integridad del sistema asegurador y evitando abusos o fraudes, que puedan afectar su sostenibilidad a mediano y largo plazo.

Por tanto, no es posible afirmar que las compañías aseguradoras estén forzadas, inexorablemente, a pagar todas aquellas reclamaciones que se les presenten con el lleno de los requisitos legales. Por el contrario, el artículo 2.6.1.4.3.10. del Decreto 780 de 2016 señala que, *«presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT (...), **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 capítulo y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad»*.

Esa facultad concuerda con las previsiones de los artículos 195-6 del EOSF³⁴ y 143 de la Ley 1438 de 2011, que establecen, en su orden, que *«[c]uando (...) encuentren que*

³³ Tampoco debe perderse de vista que, a voces del artículo 2.6.1.4.3.4 del Decreto 780 de 2016, *«ni el [ADRES], ni las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT podrán solicitar a los reclamantes documentos adicionales (...) para tramitar y pagar los servicios de salud»*.

³⁴ Adicionado por el artículo 244-6 de la Ley 100 de 1993.

existen **serios motivos de objeción a la reclamación** que presenten las entidades clínicas hospitalarias, deberán poner en conocimiento del reclamante tales objeciones, **dentro del término previsto para el pago de la indemnización**³⁵, y que, «[p]ara la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias (...) **sin perjuicio** de la intervención de la autoridad de tránsito **y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorías posteriores**»³⁶.

Lo expuesto permite deducir que, tal como sucede en cualquier otro ámbito de los seguros, una vez se radiquen los documentos preestablecidos en el ordenamiento para sustentar una reclamación con cargo a la cobertura de gastos médicos del SOAT, la aseguradora correspondiente podrá proceder al pago, o negarse a hacerlo, objetando la reclamación. Y esta última decisión, a su turno, puede fundarse en razones formales, o de fondo.

Las primeras, lógicamente, estarían relacionadas con el cumplimiento de los requisitos de forma de los documentos que integran la reclamación. Se conocen como “glosas” o “no conformidades”, y son materia de profusa reglamentación³⁷,

³⁵ En mismo precepto establece lo siguiente: «No obstante, deberá en todo caso la aseguradora pagar como anticipo imputable a la indemnización, una suma equivalente al porcentaje que reglamente el Gobierno Nacional, siempre que la reclamación se haya presentado de conformidad con lo dispuesto en las normas que la regulan». Sin embargo, esa reglamentación no ha sido emitida a la fecha.

³⁶ En línea con esa alternativa, el artículo 8 de la Resolución 3823 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, dispuso que «Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT o el Fosyga o la entidad que haga sus veces, posterior al reporte de que trata el artículo 3 de la presente Resolución o a la radicación de la reclamación, podrán realizar auditorías in situ de manera aleatoria o selectiva a los prestadores que realicen atenciones en salud derivadas de un accidente de tránsito, teniendo en cuenta lo siguiente: 1. Verificación de los siguientes aspectos: (i) La habilitación de la institución y de los servicios de salud brindados a la víctima; (ii) La entrega directa o prestación de los servicios de salud a la víctima del evento, con base en los documentos señalados en el numeral 2 del artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016 (...)».

³⁷ Cfr. Resolución 3047 de 2008 (modificada por las Resoluciones 416 de 2009, 3253 de 2009 y 1231 de 2012) y Decreto 2284 de 2023 (actualmente en vigor).

orientada a simplificar y hacer más eficiente el procedimiento de cobro extrajudicial del que se viene hablando. Las segundas tendrían que ver con ciertos aspectos de la relación obligacional que vincula a la IPS con la aseguradora, y con supuestos de fraude atribuibles a la acreedora. A ellas se referirá la Sala posteriormente.

3. Acciones judiciales para el cobro de la cobertura de *gastos médicos del SOAT*.

3.1. Dada la naturaleza jurídica de la prestación en comento, la IPS acreedora puede acudir a la jurisdicción a exigir el pago de la cobertura de gastos médicos del SOAT. A ello se refiere el citado artículo 2.6.1.4.2.2. del Decreto 780 de 2016, cuando prescribe que, «*[t]ratándose de los servicios de salud (...) 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 (...) es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima*».

La legitimación a la que se refiere la norma citada puede asimilarse a la legitimación en la causa. Aunque se refiere a la titularidad de un derecho patrimonial, lo cierto es que su juridicidad se traduce en la posibilidad de reclamación, incluso contra la voluntad del deudor, con observancia de un debido proceso y mediación de una autoridad jurisdiccional, en el marco de cualquiera de las acciones judiciales que emergen o provienen del contrato de seguro.

Es pertinente insistir en que las acciones a las que puede acudir la IPS son las derivadas del contrato de seguro, pues su derecho de crédito depende de la condición de beneficiaria de un amparo del SOAT, mientras que el débito correlativo a cargo de la compañía aseguradora se explica por haber sido la emisora de la póliza afectada. No se trata de un vínculo obligacional que surja exclusivamente de la voluntad de las partes, por supuesto, pero es evidente que la fuente jurídica de la reclamación económica de la IPS puede rastrearse hasta el seguro obligatorio.

3.2. Por regla general, las acciones derivadas del contrato de seguro, a disposición de la IPS beneficiaria de una póliza SOAT, se pueden clasificar en dos tipos:

(a) Por un lado, las **acciones ejecutivas**, a las que se puede acudir siempre y cuando transcurra 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 sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077*»; es decir, desde cuando se radican los documentos relacionados en el citado artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016, «**sin que dicha reclamación sea objetada**». Así lo dispone el artículo 1053-3 del Código de Comercio, que es aplicable a estos asuntos dada la ausencia de una regla especial, propia del régimen del SOAT³⁸.

³⁸ El numeral 8. del artículo 2.6.1.4.4.1. del Decreto 780 de 2016 dispone que, «*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*». La misma pauta se encuentra en el artículo 192-4 del EOSF, al que se referirá la Corte más adelante.

En este punto, y en cumplimiento de la función de unificación de la jurisprudencia nacional asignada a esta Corporación, resulta conveniente reiterar que, junto con la demanda ejecutiva, la IPS acreedora debe aportar un título complejo, conformado por todos los documentos que integran una reclamación idónea por cuenta de la cobertura de gastos médicos del SOAT: (i) Formulario Único de Reclamación de Accidentes de Tránsito (FURIPS)³⁹, debidamente diligenciado; (ii) epicrisis de atención de la víctima del accidente de tránsito⁴⁰; (iii) historia clínica o resumen médico de atención⁴¹, y (iv) factura de servicios e insumos⁴².

Por tanto, este último documento –la factura–, por sí solo, no sirve como soporte de la ejecución, pues en el esquema del SOAT solo tiene fines estrictamente contables y probatorios. No puede considerarse un título-valor, ya que no existe un contrato de compraventa de bienes o prestación servicios entre la IPS y la aseguradora que justifique su emisión; lo que existe, se reitera, es un vínculo jurídico derivado del esquema del seguro obligatorio.

Así, al no tratarse de una obligación incorporada en un instrumento cambiario, el importe de referida factura no se puede reclamar a través de la acción cambiaria, ni el

³⁹ Mediante Resolución 1645 de 2016 y Nota externa n.º 201633200889671 de 13 de mayo de esa misma anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el «Formulario Único de Reclamación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por servicios prestados a víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito», o FURIPS.

⁴⁰ Cuyo contenido mínimo está reglamentado en el artículo 2.6.1.4.3.5. del Decreto 780 de 2016.

⁴¹ Cuyo contenido mínimo está reglamentado en el artículo siguiente (2.6.1.4.3.6.)

⁴² Sobre este documento, el artículo 2.6.1.4.3.7., *ibidem*, simplemente señala que «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**».

documento podría circular como si fuera un título-valor⁴³. Para habilitar el cobro ejecutivo de la cobertura de gastos médicos del SOAT, se reitera, es necesario aportar todos los documentos que el ordenamiento exige para acreditar el siniestro y la pérdida, en los términos que establecen los citados artículos 1053-3 y 1077 del estatuto mercantil, y la normativa especial del SOAT, previamente reseñada.

(b) Por otra parte, la IPS puede acudir a las **acciones declarativas**, si lo que ocurrió fue que la aseguradora objetó el pago dentro del plazo legal, y la IPS considera injustificada su negativa. Dado ese supuesto –que es el que tiene lugar en el presente caso–, las pretensiones de la demanda han de orientarse a reconocer la obligación que tiene su fuente en el SOAT, y a condenar a la compañía aseguradora respectiva al pago de las prestaciones pendientes.

3.3. Añádase que, en ejercicio de las acciones ejecutiva o declarativa, la IPS acreedora puede cobrar, además de la indemnización correspondiente al amparo de gastos médicos, los réditos moratorios sobre esa suma de dinero, liquidados de conformidad con las pautas establecidas en el artículo 2.6.1.4.3.12. del Decreto 780 de 2016 –norma que, en lo medular, replica las disposiciones del precepto 1080 del Código de Comercio–, a cuyo tenor:

*«Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT **se pagarán dentro del mes***

⁴³ En los fallos de tutela CSJ STC12896-2023; CSJ STC10912-2023 y CSJ STC14094-2022, esta Corporación ha descartado la posibilidad de que las IPS persigan el cobro de servicios médicos prestados por cuenta del SOAT a través de la acción cambiaria, es decir, aportando como título ejecutivo las “facturas” de aquellos servicios.

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 mitad⁴⁴.

Los intereses de mora, por tanto, desempeñan un rol crucial en la arquitectura de incentivos del SOAT: promueven que la IPS beneficiaria presente reclamaciones idóneas⁴⁵; impulsan a las compañías aseguradoras a pagar a tiempo los créditos que se le reclaman –dentro del mes siguiente a la radicación de la reclamación–, y las disuaden de formular objeciones infundadas, que podrían traducirse en elevadas condenas en los estrados judiciales, en tanto amalgamarían la indemnización debida y los réditos por la tardanza, liquidados a la tasa máxima que permite la ley mercantil.

4. Prescripción de las acciones judiciales para el cobro de la cobertura de gastos médicos del SOAT, y resolución del cargo primero.

4.1. Cuestiones generales.

4.1.1. Según quedó establecido, el derecho de crédito de la IPS beneficiaria del amparo de gastos médicos del SOAT tiene su fuente, justamente, en esa tipología especial de seguro obligatorio. Y siendo ello así, puede

⁴⁴ La misma regla se reitera en el artículo 2.6.1.4.4.1. del mismo Decreto.

⁴⁵ Es decir, reclamaciones acompañadas de los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, siguiendo las precisas regulaciones del SOAT que se transcribieron en el numeral 2.2. *supra*.

colegirse que todas las acciones judiciales para hacer efectivo ese derecho se encuentran sometidas a la regla de prescripción extintiva consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio⁴⁶, a cuyo tenor:

«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.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho».

La aplicación del aludido precepto resulta coherente con el mandato del artículo 192-4 del EOSF –titulado «*Normatividad aplicable al SOAT*»–, que dispone lo siguiente: «**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**». Y una de las materias “no previstas” en la Parte Sexta, Capítulo IV, del EOSF, es, justamente, la prescripción extintiva de los derechos de los beneficiarios de las coberturas del SOAT, y de las acciones con que cuentan para su efectividad.

4.1.2. Añádase que, con miras a precisar el cómputo del término prescriptivo mencionado, el artículo 2.6.1.4.4.1. del Decreto 780 de 2016 dispuso lo siguiente:

⁴⁶ A la misma conclusión han arribado otras autoridades judiciales (*Cfr.* Corte Constitucional, sentencia T-160A/19) y administrativas (*Cfr.* Superintendencia Financiera, Conceptos n.º 2002042135-1 de 24 de enero de 2003, 2014081801-001 de 20 de octubre de 2014 y 2019087729-003 de 24 de septiembre de 2019; Superintendencia Nacional de Salud, Memorando n.º 3-2014-01890512).

«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».

La disposición anterior no establece un régimen prescriptivo especial, ni aporta nuevos elementos a la regla del artículo 1081 del estatuto mercantil, pero, dentro de su ámbito regulatorio, precisa dos cuestiones relevantes: de un lado, que la reclamación debe presentarse antes de que fenezca el término de prescripción de las obligaciones que se reclaman, y, de otro, que el «*conocimiento del hecho que da base a la acción*» de la IPS –hito inicial de la prescripción ordinaria– es equivalente a la fecha en la que «**la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora**».

4.1.3. Para finalizar este apartado, es conveniente resaltar que, en materia de prescripción de las acciones

derivadas del contrato de seguro, el legislador no distinguió entre acciones ejecutivas y declarativas. Por tanto, sin importar cuál fuera la senda procesal elegida por la parte demandante, el término prescriptivo aplicable a la acción de cobro de las reclamaciones asociadas al amparo de gastos médicos del SOAT será, invariablemente, el que establece el artículo 1081 del Código de Comercio.

Recuérdese que, según el precedente de la Sala,

*«[el artículo 1081] se refiere, sin distingos de ninguna clase, a “La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro”; lo que significa que abarca o comprende **todos los medios legales existentes para que los sujetos que se encuentran formando parte de tal tipo de relación contractual, o con interés en ella y sus efectos, puedan acudir a la jurisdicción**, a fin de que se les administre justicia respecto del litigio que se suscite en relación con la misma. En otras palabras: **Todas las acciones que tengan como soporte el contrato de seguro** sea que busquen la satisfacción del derecho, como acontece con la de ejecución, sea que persigan su esclarecimiento o reconocimiento, como sucede con las de naturaleza cognoscitiva [declarativa, en los términos empleados en esta providencia], están sometidas inexorablemente a los plazos extintivos que prevé el artículo 1081 del ordenamiento comercial» (CSJ SC, 4 mar. 1989, no publicada).*

4.1.4. En suma, la prescripción ordinaria de las acciones ejecutivas y declarativas con que cuentan las IPS para reclamar el pago del amparo de gastos de salud del SOAT será de dos años, contados a partir del momento en que dicha IPS *«haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción»*, lo cual, según la regulación especializada, sucede cuando la víctima del accidente de tránsito *«fue atendida o (...) egresó de la institución prestadora»*.

4.2. Resolución del cargo primero.

4.2.1. En su censura inicial, la Clínica Altos de San Vicente S.A.S. acusó al Tribunal de haber dado *«un alcance distinto al que realmente tiene»* el artículo 11 del Decreto 56 de 2015 –compilado en el artículo 2.6.1.4.4.1. del Decreto 780 de 2016–, pues, según su visión del asunto, allí no se establece un plazo prescriptivo referido a las acciones judiciales, sino *«el término para presentar reclamaciones»*, a lo cual añadió que *«ninguna ley establece que el término para reclamar sea equivalente o igual al término de prescripción»*.

Para la Sala, dichas quejas resultan infundadas. Como se ha expuesto, la aplicación del término de prescripción que consagra el artículo 1081 del estatuto mercantil no depende del precepto citado por la impugnante, sino de la naturaleza de las obligaciones de las que son acreedoras las IPS en el marco del esquema SOAT, sumada a la remisión supletiva que hace el canon 192-4 del EOSF a *«las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio»*.

En consecuencia, no es posible afirmar que las acciones judiciales para hacer valer los derechos de los beneficiarios del SOAT frente a la aseguradora carecen de reglas específicas sobre prescripción extintiva. La legislación que rige el contrato de seguro incluye una disposición especial sobre este aspecto, a la cual reenvían, de manera expresa e implícita, las reglas particulares del SOAT.

4.2.2. De otra parte, se advierte que no resulta para nada extraño que el término para reclamar el pago de una obligación coincida con el de prescripción de la acción judicial que corresponde para hacerla efectiva. Es más, la reclamación no hace más que afirmar la existencia de un derecho personal insoluto, del que se sabe quiénes son su acreedor y deudor, y cuál es su contenido obligacional.

Ser titular del derecho a reclamar de otra persona la satisfacción de una obligación (en términos simples, *ser acreedor* de alguien) implica, necesariamente, la titularidad de una acción que respalde y confiera fuerza normativa a esa obligación. La condición de acreedor de una obligación exigible equivale, por tanto, a la legitimación para presentar una acción o demanda civil, solicitando la intervención de las autoridades judiciales para que el deudor incumplido pague lo que debe y repare los perjuicios causados, haciendo uso de la fuerza legítima del Estado, si fuera necesario.

Por lo tanto, siendo la prescripción una sanción para quien no acude a las autoridades judiciales a hacer valer sus derechos dentro del plazo previsto por las leyes sustantivas, es natural que el inicio del término prescriptivo coincida con la posibilidad de que el acreedor exija al obligado el cumplimiento de la deuda. Es más, así lo establece el artículo 2535 del Código Civil: *«La prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente cierto lapso de tiempo durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones. **Se cuenta este tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible**».*

Además, ni en el SOAT, ni en ningún otro asunto relativo a los seguros, existe un plazo adicional al que establece el artículo 1081 del Código de Comercio para radicar la reclamación extrajudicial ante la compañía aseguradora. Dicha reclamación se debe presentar durante la vigencia del derecho –sin perjuicio de las causas legales de interrupción o suspensión–, so pena de extinción, debido a la consumación del fenómeno prescriptivo.

4.2.3. En lo que sí le asiste razón a la casacionista es respecto al cómputo del término de prescripción en el caso concreto, ya que el tratamiento dado a este tema fue ambiguo e impreciso. En efecto, en la sentencia de primera instancia el juzgador *a quo* sostuvo:

*«Para los fines del caso sub examine que se analiza, pertinente es insistir en que el cómputo de los dos años en el caso de las reclamaciones elevadas por la Clínica Altos de San Vicente para el pago de las atenciones a los lesionados en accidentes de tránsito con cargo de la póliza de SOAT expedida por Mundial de Seguros, **inició a partir del momento en que nace el derecho, que tiene su génesis para el despacho en el instante en que se eleva la reclamación respectiva ante el asegurador del rublo (sic) del SOAT**, lo que entraña que en el sub lite se inició la prescripción para las facturas relacionadas (...) en el periodo comprendido desde el día 21 de julio de 2017 hasta 20 de noviembre de 2018, teniéndose establecido que la consumación del término de prescripción extintiva para la última de dichas facturas relacionadas, es el día 20 de noviembre de 2020, y comoquiera que la demanda se presentó el día 29 de abril de 2021, es claro que todas esas facturas relacionadas (...), se encuentran prescritas por los efectos deletéreos de la prescripción ordinaria estatuida en el artículo 1081 del Código de Comercio».*

Conforme a este criterio, ratificado posteriormente por el Tribunal, el inicio del término de prescripción coincidiría

con el momento de la presentación de la reclamación ante la aseguradora. Pero, tal como se explicó en el numeral 4.1.2., *supra*, esa prescripción realmente comienza a computarse desde cuando las víctimas de accidentes de tránsito son atendidas de forma ambulatoria, o cuando egresan después de un período de hospitalización, según el caso.

El error, sin embargo, no perjudicó a la recurrente, pues de haberse realizado el cómputo conforme a la normativa aplicable, la prescripción habría afectado 268 reclamaciones, en lugar de las 247 declaradas por las sentencias de ambas instancias. Para arribar a esta conclusión debe tenerse en cuenta que la demanda fue presentada el 29 de abril de 2021, y se notificó a la aseguradora dentro del plazo previsto por el artículo 94 del Código General del Proceso.

A primera vista, ello indicaría que el término de prescripción de las acciones de cobro, relacionadas con atenciones posteriores al 29 de abril de 2019 (dos años antes de la presentación de la demanda) fue interrumpido. Sin embargo, a este plazo bienal deben adicionarse los periodos de suspensión derivados de (i) la emergencia sanitaria por causa de la enfermedad por coronavirus COVID-19 (107 días⁴⁷), y (ii) la fase de conciliación extrajudicial (54 días⁴⁸).

Estas suspensiones suman 161 días al plazo de dos años para la prescripción extintiva. Por tanto, la prescripción

⁴⁷ Lapso comprendido entre el 16 de marzo y el 1 de julio de 2020 (Decreto 564 de 2020 y Acuerdo PCSJA20-11567).

⁴⁸ Período que transcurrió entre la fecha de presentación de la solicitud (10 de diciembre de 2020) y la de expedición de la constancia de no acuerdo (2 de febrero de 2021), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley 640 de 2001, vigente por aquellas fechas.

se habría interrumpido civilmente para aquellas obligaciones relacionadas con servicios médicos prestados o pacientes dados de alta a partir del 19 de noviembre de 2018, siendo pertinente recalcar que, en lo que respecta al cálculo de este término, no hay diferencias significativas con el análisis realizado por los jueces de instancia.

La variación radica en que aquellos declararon la prescripción de las reclamaciones **presentadas** antes del 20 de noviembre de 2018, cuando lo correcto hubiera sido considerar las **atenciones o egresos previos** a esa fecha, lo que habría extendido el efecto liberatorio a 21 obligaciones adicionales, como se observa en el cuadro adjunto:

	FACTURA N.º	ATENCIÓN / EGRESO	¿OPERÓ LA PRESCRIPCIÓN?
1	SV119374	19/12/2017	SI
2	SV127743	01/03/2018	SI
3	SV129464	21/03/2018	SI
4	SV129554	26/03/2018	SI
5	SV131695	01/04/2018	SI
6	SV131985	03/04/2018	SI
7	SV131439	05/04/2018	SI
8	SV131434	06/04/2018	SI
9	SV131440	06/04/2018	SI
10	SV125533	25/04/2018	SI
11	SV131699	30/04/2018	SI
12	SV136431	17/05/2018	SI
13	SV127858	19/05/2018	SI
14	SV127861	19/05/2018	SI
15	SV127182	20/05/2018	SI
16	SV129470	21/05/2018	SI
17	SV146127	22/05/2018	SI
18	SV127862	25/05/2018	SI
19	SV127863	25/05/2018	SI
20	SV127864	25/05/2018	SI
21	SV127802	26/05/2018	SI

22	SV127857	26/05/2018	SI
23	SV127866	26/05/2018	SI
24	SV131791	28/05/2018	SI
25	SV127774	29/05/2018	SI
26	SV127776	29/05/2018	SI
27	SV127845	05/06/2018	SI
28	SV127852	06/06/2018	SI
29	SV127871	06/06/2018	SI
30	SV127872	06/06/2018	SI
31	SV127873	06/06/2018	SI
32	SV127874	06/06/2018	SI
33	SV127875	06/06/2018	SI
34	SV127876	06/06/2018	SI
35	SV127879	06/06/2018	SI
36	SV107644	08/06/2018	SI
37	SV138154	08/06/2018	SI
38	SV127814	10/06/2018	SI
39	SV127815	10/06/2018	SI
40	SV127841	10/06/2018	SI
41	SV131296	13/06/2018	SI
42	SV129813	14/06/2018	SI
43	SV129477	15/06/2018	SI
44	SV129570	15/06/2018	SI
45	SV129516	17/06/2018	SI
46	SV129832	17/06/2018	SI
47	SV129833	17/06/2018	SI
48	SV129582	18/06/2018	SI
49	SV129975	19/06/2018	SI
50	SV129979	19/06/2018	SI
51	SV107660	20/06/2018	SI
52	SV129847	23/06/2018	SI
53	SV129921	23/06/2018	SI
54	SV131486	23/06/2018	SI
55	SV131734	25/06/2018	SI
56	SV131745	25/06/2018	SI
57	SV129941	27/06/2018	SI
58	SV129971	27/06/2018	SI
59	SV129972	27/06/2018	SI
60	SV131316	27/06/2018	SI
61	SV131317	27/06/2018	SI
62	SV129937	28/06/2018	SI
63	SV129938	28/06/2018	SI
64	SV129939	28/06/2018	SI
65	SV131314	28/06/2018	SI

66	SV131445	28/06/2018	SI
67	SV131459	29/06/2018	SI
68	SV129950	30/06/2018	SI
69	SV129951	30/06/2018	SI
70	SV129952	30/06/2018	SI
71	SV129944	01/07/2018	SI
72	SV129945	01/07/2018	SI
73	SV129935	03/07/2018	SI
74	SV129967	03/07/2018	SI
75	SV129969	03/07/2018	SI
76	SV129993	03/07/2018	SI
77	SV133877	03/07/2018	SI
78	SV129928	04/07/2018	SI
79	SV131336	05/07/2018	SI
80	SV131337	05/07/2018	SI
81	SV131339	05/07/2018	SI
82	SV131338	06/07/2018	SI
83	SV131344	06/07/2018	SI
84	SV131312	07/07/2018	SI
85	SV131990	07/07/2018	SI
86	SV131479	08/07/2018	SI
87	SV131468	09/07/2018	SI
88	SV131469	09/07/2018	SI
89	SV131478	09/07/2018	SI
90	SV131653	13/07/2018	SI
91	SV131654	13/07/2018	SI
92	SV131432	14/07/2018	SI
93	SV131433	14/07/2018	SI
94	SV146271	16/07/2018	SI
95	SV131311	17/07/2018	SI
96	SV131675	20/07/2018	SI
97	SV131728	20/07/2018	SI
98	SV131984	20/07/2018	SI
99	SV146269	21/07/2018	SI
100	SV131722	24/07/2018	SI
101	SA133708	25/07/2018	SI
102	SV133704	25/07/2018	SI
103	SV133705	25/07/2018	SI
104	SV133706	25/07/2018	SI
105	SV133709	25/07/2018	SI
106	SV131708	27/07/2018	SI
107	SV131709	27/07/2018	SI
108	SV133733	27/07/2018	SI
109	SV131729	29/07/2018	SI

110	SV131730	29/07/2018	SI
111	SV133674	01/08/2018	SI
112	SV133675	01/08/2018	SI
113	SV133859	01/08/2018	SI
114	SV133669	02/08/2018	SI
115	SV133684	02/08/2018	SI
116	SV133700	04/08/2018	SI
117	SV133701	04/08/2018	SI
118	SV132024	05/08/2018	SI
119	SV133604	05/08/2018	SI
120	SV132282	09/08/2018	SI
121	SV132281	10/08/2018	SI
122	SV134542	10/08/2018	SI
123	SV135305	11/08/2018	SI
124	SV135438	12/08/2018	SI
125	SV135439	12/08/2018	SI
126	SV135469	12/08/2018	SI
127	SV135470	12/08/2018	SI
128	SV133769	14/08/2018	SI
129	SV137912	14/08/2018	SI
130	SV133762	15/08/2018	SI
131	SV133770	15/08/2018	SI
132	SV136792	16/08/2018	SI
133	SV136793	16/08/2018	SI
134	SV136805	16/08/2018	SI
135	SV134378	18/08/2018	SI
136	SV135786	18/08/2018	SI
137	SV135787	18/08/2018	SI
138	SV134377	19/08/2018	SI
139	SV133983	20/08/2018	SI
140	SV136824	20/08/2018	SI
141	SV136825	20/08/2018	SI
142	SV136926	21/08/2018	SI
143	SV136932	21/08/2018	SI
144	SV133974	22/08/2018	SI
145	SV133975	22/08/2018	SI
146	SV136928	22/08/2018	SI
147	SV136943	22/08/2018	SI
148	SV137847	22/08/2018	SI
149	SV136942	23/08/2018	SI
150	SV136929	24/08/2018	SI
151	SV136930	24/08/2018	SI
152	SV136931	24/08/2018	SI
153	SV136935	24/08/2018	SI

154	SV145560	24/08/2018	SI
155	SV134395	26/08/2018	SI
156	SV136605	26/08/2018	SI
157	SV136607	26/08/2018	SI
158	SV136609	26/08/2018	SI
159	SV133748	27/08/2018	SI
160	SV136257	27/08/2018	SI
161	SV136632	27/08/2018	SI
162	SV136944	27/08/2018	SI
163	SV133957	28/08/2018	SI
164	SV133958	28/08/2018	SI
165	SV134394	28/08/2018	SI
166	SV134571	28/08/2018	SI
167	SV137787	28/08/2018	SI
168	SV134046	29/08/2018	SI
169	SV134056	29/08/2018	SI
170	SV134148	29/08/2018	SI
171	SV134149	29/08/2018	SI
172	SV135926	29/08/2018	SI
173	SV134884	30/08/2018	SI
174	SV134309	31/08/2018	SI
175	SV134327	31/08/2018	SI
176	SV134359	31/08/2018	SI
177	SV134360	31/08/2018	SI
178	SV134290	01/09/2018	SI
179	SV134493	03/09/2018	SI
180	SV134494	03/09/2018	SI
181	SV144995	03/09/2018	SI
182	SV134502	04/09/2018	SI
183	SV134503	04/09/2018	SI
184	SV134504	04/09/2018	SI
185	SV137811	04/09/2018	SI
186	SV137925	04/09/2018	SI
187	SV134684	06/09/2018	SI
188	SV134685	06/09/2018	SI
189	SV134689	06/09/2018	SI
190	SV134690	06/09/2018	SI
191	SV134736	07/09/2018	SI
192	SV134742	07/09/2018	SI
193	SV134743	07/09/2018	SI
194	SV134796	08/09/2018	SI
195	SV134797	08/09/2018	SI
196	SV134831	08/09/2018	SI
197	SV134832	08/09/2018	SI

198	SV134801	09/09/2018	SI
199	SV134854	09/09/2018	SI
200	SV134855	09/09/2018	SI
201	SV135955	11/09/2018	SI
202	SV144891	11/09/2018	SI
203	SV135147	12/09/2018	SI
204	SV135216	14/09/2018	SI
205	SV135256	15/09/2018	SI
206	SV135385	16/09/2018	SI
207	SV135286	17/09/2018	SI
208	SV135290	17/09/2018	SI
209	SV137840	18/09/2018	SI
210	SV135493	19/09/2018	SI
211	SV138594	21/09/2018	SI
212	SV135932	22/09/2018	SI
213	SV135964	23/09/2018	SI
214	SV135986	23/09/2018	SI
215	SV136674	23/09/2018	SI
216	SV136751	23/09/2018	SI
217	SV136753	23/09/2018	SI
218	SV144741	24/09/2018	SI
219	SV136781	25/09/2018	SI
220	SV136782	25/09/2018	SI
221	SV144740	25/09/2018	SI
222	SV144950	25/09/2018	SI
223	SV136672	26/09/2018	SI
224	SV136946	26/09/2018	SI
225	SV138176	26/09/2018	SI
226	SV138150	27/09/2018	SI
227	SV136249	28/09/2018	SI
228	SV138169	28/09/2018	SI
229	SV138160	29/09/2018	SI
230	SV138161	29/09/2018	SI
231	SV138125	30/09/2018	SI
232	SV136285	01/10/2018	SI
233	SV138394	02/10/2018	SI
234	SV138395	02/10/2018	SI
235	SV139028	03/10/2018	SI
236	SV136799	06/10/2018	SI
237	SV138268	08/10/2018	SI
238	SV138241	14/10/2018	SI
239	SV142962	15/10/2018	SI
240	SV138414	23/10/2018	SI
241	SV138416	23/10/2018	SI

242	SV138782	23/10/2018	SI
243	SV143939	23/10/2018	SI
244	SV141626	29/10/2018	SI
245	SV138798	01/11/2018	SI
246	SV138800	01/11/2018	SI
247	SV138801	01/11/2018	SI ⁴⁹
248	SV145638	02/11/2018	SI
249	SV139087	03/11/2018	SI
250	SV139088	03/11/2018	SI
251	SV139075	06/11/2018	SI
252	SV139076	06/11/2018	SI
253	SV138818	07/11/2018	SI
254	SV139071	07/11/2018	SI
255	SV144360	08/11/2018	SI
256	SV139481	09/11/2018	SI
257	SV139482	09/11/2018	SI
258	SV139483	09/11/2018	SI
259	SV139488	09/11/2018	SI
260	SV139489	09/11/2018	SI
261	SV139492	09/11/2018	SI
262	SV140893	16/11/2018	SI
263	SV141058	16/11/2018	SI
264	SV141059	16/11/2018	SI
265	SV140795	17/11/2018	SI
266	SV140884	17/11/2018	SI
267	SV140895	17/11/2018	SI
268	SV140897	17/11/2018	SI ⁵⁰
269	SV140205	19/11/2018	NO
270	SV140799	22/11/2018	NO
271	SV145470	22/11/2018	NO
272	SV140822	24/11/2018	NO
273	SV140857	24/11/2018	NO
274	SV140858	24/11/2018	NO
275	SV140969	26/11/2018	NO
276	SV141040	28/11/2018	NO
277	SV141041	28/11/2018	NO
278	SV141043	28/11/2018	NO
279	SV140753	29/11/2018	NO
280	SV141557	03/12/2018	NO
281	SV141622	03/12/2018	NO

⁴⁹ Hasta aquí, las reclamaciones fueron declaradas prescritas por los jueces de ambas instancias.

⁵⁰ Se reitera: en el área sombreada aparecen las reclamaciones que habrían prescrito, pero cuya extinción no fue reconocida por los jueces de instancia, como consecuencia de haber elegido como hito inicial del término prescriptivo la fecha de la radicación de las reclamaciones, y no la de prestación de los servicios o el egreso del paciente, como correspondía.

282	SV141631	03/12/2018	NO
283	SV141632	03/12/2018	NO
284	SV141636	03/12/2018	NO
285	SV141106	04/12/2018	NO
286	SV141588	04/12/2018	NO
287	SV141207	06/12/2018	NO
288	SV142716	06/12/2018	NO
289	SV141616	07/12/2018	NO
290	SV142845	07/12/2018	NO
291	SV141508	08/12/2018	NO
292	SV142692	08/12/2018	NO
293	SV142830	09/12/2018	NO
294	SV141423	11/12/2018	NO
295	SV141767	13/12/2018	NO
296	SV142868	21/12/2018	NO
297	SV142869	21/12/2018	NO
298	SV144419	25/12/2018	NO
299	SV142678	27/12/2018	NO
300	SV144293	06/01/2019	NO
301	SV144294	06/01/2019	NO
302	SV144306	10/01/2019	NO
303	SV144809	13/01/2019	NO
304	SV144807	14/01/2019	NO
305	SV144808	14/01/2019	NO
306	SV144812	16/01/2019	NO
307	SV144813	16/01/2019	NO
308	SV144847	18/01/2019	NO
309	SV146576	18/01/2019	NO
310	SV145669	19/01/2019	NO
311	SV145104	20/01/2019	NO
312	SV145666	20/01/2019	NO
313	SV145668	20/01/2019	NO
314	SV145154	21/01/2019	NO
315	SV145343	21/01/2019	NO
316	SV145583	21/01/2019	NO
317	SV145226	22/01/2019	NO
318	SV145508	22/01/2019	NO
319	SV145954	22/01/2019	NO
320	SV145389	23/01/2019	NO
321	SV146169	28/01/2019	NO
322	SV146380	31/01/2019	NO
323	SV146441	31/01/2019	NO
324	SV148098	12/02/2019	NO
325	SV148096	14/02/2019	NO

326	SV147692	18/02/2019	NO
327	SV147638	19/02/2019	NO
328	SV148000	22/02/2019	NO
329	SV148029	22/02/2019	NO
330	SV148030	22/02/2019	NO
331	SV148632	22/02/2019	NO
332	SV151509	26/02/2019	NO
333	SV148288	28/02/2019	NO
334	SV148640	04/03/2019	NO
335	SV148869	09/03/2019	NO
336	SV149216	11/03/2019	NO
337	SV149120	12/03/2019	NO
338	SV149389	14/03/2019	NO
339	SV149477	14/03/2019	NO
340	SV149615	18/03/2019	NO
341	SV149617	18/03/2019	NO
342	SV149649	18/03/2019	NO
343	SV151093	21/03/2019	NO
344	SV150355	25/03/2019	NO
345	SV150367	27/03/2019	NO
346	SV150368	27/03/2019	NO
347	SV150414	28/03/2019	NO
348	SV151249	30/03/2019	NO
349	SV151102	03/04/2019	NO
350	SV151103	03/04/2019	NO
351	SV151104	03/04/2019	NO
352	SV151547	04/04/2019	NO
353	SV151506	05/04/2019	NO
354	SV151512	05/04/2019	NO
355	SV151513	05/04/2019	NO
356	SV151436	09/04/2019	NO
357	SV151742	09/04/2019	NO
358	SV151658	11/04/2019	NO
359	SV152016	11/04/2019	NO
360	SV152022	11/04/2019	NO
361	SV152114	11/04/2019	NO
362	SV152118	11/04/2019	NO
363	SV152005	12/04/2019	NO
364	SV152122	12/04/2019	NO
365	SV151693	13/04/2019	NO
366	SV152057	15/04/2019	NO
367	SV152438	15/04/2019	NO
368	SV152269	16/04/2019	NO
369	SV152295	18/04/2019	NO

370	SV152202	22/04/2019	NO
371	SV153020	25/04/2019	NO
372	SV153023	25/04/2019	NO
373	SV152672	26/04/2019	NO
374	SV152887	30/04/2019	NO
375	SV153379	30/04/2019	NO
376	SV153405	02/05/2019	NO
377	SV153439	03/05/2019	NO
378	SV153440	03/05/2019	NO
379	SV153665	13/05/2019	NO
380	SV154024	16/05/2019	NO
381	SV154224	16/05/2019	NO
382	SV154281	20/05/2019	NO
383	SV154658	21/05/2019	NO
384	SV154550	23/05/2019	NO
385	SV155031	23/05/2019	NO
386	SV155164	23/05/2019	NO
387	SV155559	27/05/2019	NO
388	SV155042	28/05/2019	NO
389	SV155880	29/05/2019	NO
390	SV155402	30/05/2019	NO
391	SV156939	05/06/2019	NO
392	SV156940	05/06/2019	NO
393	SV156176	11/06/2019	NO
394	SV156901	17/06/2019	NO
395	SV156902	17/06/2019	NO
396	SV157403	25/06/2019	NO
397	SV158305	09/07/2019	NO
398	SV158307	09/07/2019	NO
399	SV160966	12/08/2019	NO
400	SV164461	20/09/2019	NO

De este modo, resulta evidente que el Tribunal no erró al determinar el plazo de la prescripción alegada; y aunque sí se equivocó al fijar el hito inicial de dicho término, este error no generó perjuicio alguno para la parte convocante.

En consecuencia, el cargo inicial no prospera.

5. Cargas probatorias, posibilidades de defensa de la compañía aseguradora y resolución conjunta de los cargos segundo y tercero.

5.1. Planteamiento del problema.

5.1.1. Previamente se describió la regulación de la cobertura de gastos médicos del SOAT, señalando que, para que la IPS beneficiaria accediera al pago correspondiente, debía presentar ante la compañía aseguradora una *reclamación idónea*, debiéndose entender por esa expresión aquella reclamación compuesta por el conjunto específico de documentos a los que alude el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016: el Formulario Único de Reclamación de Accidentes de Tránsito (FURIPS), la epicrisis, la historia clínica y la factura, todos ellos diligenciados de acuerdo con las precisas instrucciones del ordenamiento.

Salvo contadísimas excepciones, en este caso no se discute que la IPS demandante hubiera aportado las *reclamaciones idóneas* a las que se refieren sus pretensiones. Sin embargo, los jueces de instancia negaron la condena solicitada, tras concluir que los pacientes que aquella atendió no tenían lesiones que pudieran vincularse a un accidente de tránsito en el que hubiera estado involucrado un vehículo amparado por una póliza SOAT expedida por la convocada.

5.1.2. En sus dos cargos finales, la casacionista se opuso esa conclusión del *ad quem* mediante argumentos distintos. En primer lugar, criticó que se tramitara la

excepción que terminó prosperando, perdiéndose de vista que al beneficiario del SOAT «solo [le] serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción o transacción», según el artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016. Y, en segundo lugar, reprochó que se le exigieran evidencias adicionales a las que contiene una *reclamación idónea* para acreditar su derecho, insistiendo en la inoponibilidad de la defensa de su contraparte.

Tras estas alegaciones, añade la Sala, subyace un planteamiento complejo, relacionado con una problemática esbozada en los acápites previos: las IPS beneficiarias del SOAT solo pueden demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía mediante una *reclamación idónea*, que satisfaga los requisitos del artículo 2.6.1.4.2.20. Y ello implicaría, según la convocante, que cualquier debate procesal debería limitarse a comprobar si se aportaron, o no, los documentos que la componen –sin verificaciones adicionales–.

5.1.3. En respaldo de su tesis, la recurrente recordó que, siempre que cumplan con los requerimientos legales, la reclamación y sus anexos son suficientes para acreditar la efectiva ocurrencia del riesgo asegurado y el monto de los gastos médicos a reintegrar; es decir, el siniestro y la pérdida mencionados en el artículo 1077 del Código de Comercio. Y, dado que de aquellas variables depende la viabilidad de las pretensiones en este tipo de demandas, podría concluirse que la aportación de las evidencias que enlista el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016 equivale a satisfacer cabalmente las cargas probatorias de la parte actora.

De esta premisa, dedujo que las aseguradoras tienen un margen muy limitado de defensa, ya que las únicas excepciones compatibles con la antedicha conclusión serían la ausencia de alguno de los documentos que componen la *reclamación idónea*, o un defecto formal en su elaboración (como a los que se refieren las “glosas”), salvo que se alegue la extinción de la obligación, por motivos como el pago, prescripción, transacción, entre otros.

5.2. Inoponibilidad de la defensa esgrimida por la compañía aseguradora (y sus consecuencias frente al cargo segundo).

5.2.1. Para responder los alegatos de la convocante, debe recordarse que, según el numeral 3 del artículo 2.6.1.4.4.1. del Decreto 780 de 2016:

*«A las víctimas de los accidentes de tránsito, a los beneficiarios o a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, **solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción o transacción**».*

La recurrente pretendió extraer de esta norma una restricción significativa, limitante del marco de competencia de los jueces de instancia. Alegó que el funcionario, so pena de inconsonancia, debe rechazar cualquier defensa distinta a las de «*pago, compensación, prescripción, transacción*», de forma

análoga a la que se describe en el artículo 442-2 del Código General del Proceso⁵¹, que regula el cobro ejecutivo de obligaciones contenidas en providencias judiciales.

5.2.2. En contraposición, para la Sala la analogía propuesta resulta impropia, pues mientras el artículo 442-2 es enfático en decir que, cuando el título que se esgrime es una providencia judicial, el ejecutado no puede sino alegar cierto tipo de excepciones, el artículo 2.6.1.4.4.1. enuncia un listado ejemplificativo, que abarca una categoría amplia de defensas –las «**excepciones propias de la reclamación**»–.

La normativa, por tanto, no tiene un carácter restrictivo, sino orientativo. Y esta característica flexible le resta peso a la crítica formulada por la recurrente, pues no es cierto que la compañía aseguradora solamente pudiera alegar «*pago, compensación, prescripción o transacción*», ya que el ordenamiento deja abierta la puerta para enarbolar otro tipo de excepciones, propias del procedimiento de reclamación.

5.2.3. Pero, al margen de esta precisión, es indiscutible que a las IPS beneficiarias del amparo de gastos médicos del SOAT no les son oponibles las excepciones referidas a «*vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador*», pues así lo dispone expresamente el precepto 2.6.1.4.4.1. tantas veces

⁵¹ «Cuando se trate del cobro de obligaciones contenidas en una providencia, conciliación o transacción aprobada por quien ejerza función jurisdiccional, **sólo podrán alegarse las excepciones** de pago, compensación, confusión, novación, remisión, prescripción o transacción, siempre que se basen en hechos posteriores a la respectiva providencia, la de nulidad por indebida representación o falta de notificación o emplazamiento y la de pérdida de la cosa debida».

referido, norma que opera como excepción a la regla del artículo 1044 del Código de Comercio⁵².

Y, en este caso, se admitió exactamente una defensa como esa, a pesar de la clara restricción legal. Recuérdese que, para denegar el pago de las reclamaciones que no habían prescrito, los jueces de ambas instancias acogieron la excepción que la aseguradora denominó «*inexistencia de la obligación respecto a las reclamaciones frente a las que se formuló objeción total*», y que se sustentaba en que

*«casi la totalidad de las reclamaciones cuyo reconocimiento y pago se pretende mediante este proceso, se encuentran objetadas porque al adelantar el análisis de la documentación aportada con la reclamación y una vez llevadas a cabo las investigaciones pertinentes, la Compañía Mundial de Seguros S.A. **encontró que la víctima no se transportaba en un automotor asegurado por la compañía, o por otro lado la póliza suministrada correspondía a un vehículo que no tuvo participación alguna en el accidente de tránsito**».*

Con base en ese alegato, el Tribunal concluyó que la convocante había prestado servicios que no correspondían a la cobertura del SOAT, pues «*se adujo la ocurrencia de un siniestro vial, con un velocípedo que en realidad no participó en tal hecho*», o «*se acudió a la práctica de facilitar a quien no tiene el seguro obligatorio, o éste está vencido, por parte de un tercero, para obtener la atención medida, de quien se vio involucrado en el accidente, pero, no contaba con la cobertura asegurativa*». Pero, en realidad, todos esos reproches constituirían incumplimientos de los tomadores del SOAT,

⁵² «Salvo estipulación en contrario, el asegurador podrá oponer al beneficiario las excepciones que hubiere podido alegar contra el tomador o el asegurado, en caso de ser estos distintos de aquél, y al asegurado las que hubiere podido alegar contra el tomador».

que no debieron haberse enrostrado a la IPS demandante como motivos para negar su reclamo patrimonial.

5.2.4. En efecto, si se asumen como ciertos los alegatos de la demandada, serían los tomadores de pólizas SOAT expedidas por la Compañía Mundial de Seguros S.A. quienes habrían generado las atenciones irregulares, al afirmar, falsamente, que sus lesiones eran secuelas de un accidente de tránsito, cuando provenían de otro tipo de incidente; o al prestar su póliza a conductores de vehículos no asegurados, por citar dos ejemplos de comportamientos fraudulentos, contrarios a los deberes de conducta que deben observar las partes de un contrato de seguro.

En otras palabras, descartando cualquier intervención maliciosa de la IPS tratante –lo cual, en este caso, no se alegó–, un proceder fraudulento como el que describió la aseguradora al contestar la demanda solo podría darse porque el tomador de la póliza se presentó en el centro médico y, mediante engaños, hizo creer a los profesionales tratantes que sus lesiones provenían de un accidente de tránsito, sabiendo que no era así; o porque facilitó su póliza a un tercero, a consciencia de estar burlando la ley. En ambos casos, infringiendo sus deberes contractuales.

Así pues, como las faltas al deber de obrar de buena fe⁵³ en las que se sustentó la citada excepción solo serían

⁵³ Sobre este deber tiene dicho el precedente: «Cuando las partes realizan una regulación específica de los intereses involucrados en sus esferas dispositivas (negocio jurídico), con apego a la reglamentación normativa vigente, propician, paralelamente, que la ley les brinde el reconocimiento y convalidación de

atribuibles a los tomadores del SOAT, no podían emplearse como justificación para no pagar las sumas de dinero de las que es acreedora la IPS. Por tanto, al acoger ese medio de defensa como soporte de la decisión de segunda instancia, el Tribunal incurrió en una grave incorrección.

5.2.5. La cuestión es que, aunque ese yerro existe, no parece implicar la inconsonancia del fallo del tribunal. La congruencia procesal se refiere a la correspondencia entre «*los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla*», y también a «*las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley*», pero no hace alusión, en lo absoluto, a que las defensas invocadas por la parte convocada sean inoponibles a la convocante, por disposición legal.

Asimismo, no existe una norma que habilite al juez para rechazar de plano tales excepciones, o a eludir el deber de decidir sobre ellas en la sentencia. No es posible, simplemente, ignorar la alegación de la demandada, sino que resulta imperativo examinarla y desestimarla, así baste con decir que es inoponible a la IPS. Esto refuerza que la equivocación del Tribunal no reside en un aspecto de forma,

la voluntad declarada, en los términos por los que hayan optado los mismos contratantes. Pero ese posicionamiento les impone, colateralmente, la observancia irrestricta de reglas de conducta que involucran conceptos ligados a la lealtad y buena fe, tanto para sí como para con aquellos que de una u otra forma resultan afectados (Art. 1603 ibídem). La buena fe implica que las personas, cuando acuden a concretar sus negocios, deben honrar sus obligaciones y, en general, asumir para con los demás una conducta leal y plegada a los mandatos de corrección socialmente exigibles. El acatamiento de dichos principios implica para el contratante el sentimiento de proceder como lo hace cualquier ser humano digno de confianza, que honra su palabra, que actúa conforme a las buenas costumbres, que respeta a sus semejantes, que responde con honestidad sus compromisos, aviniéndose, incondicionalmente, a reconocer a sus congéneres lo que les corresponde. Obrar dentro de esos parámetros es prohiar conductas que han sido erigidas como referentes sociales de comportamientos apropiados. Obrar de buena fe es proceder con la rectitud debida, con el respeto esperado, es la actitud correcta y desprovista de elementos de engaño, de fraude o aprovechamiento de debilidades ajenas» (CSJ SC, 27 feb. 2012, rad. 2003-14027-01).

sino en una cuestión de juzgamiento, de las que se ocupan las causales primera y segunda de casación.

El *ad quem*, entonces, no incurrió en un vicio de incongruencia al acoger una excepción inoponible a la IPS, sino en un error de juzgamiento. Por ello, se desestimará el cargo segundo, pero se anticipa que el tercero se abrirá paso, debido a la comentada incorrección.

6. Defensas contra el fraude en el SOAT

6.1. Aunque la Corte reconoce la inoponibilidad de las excepciones relacionadas con los vicios contractuales e incumplimientos del tomador, no comparte la visión restrictiva de las posibilidades de defensa de las aseguradoras propuesta por la recurrente.

Por el contrario, la Sala considera que, así como es razonable que se permita a las IPS elaborar autónomamente todos los documentos que conforman una reclamación idónea, es igualmente válido que las aseguradoras ejerzan una auditoría rigurosa. De este modo se equilibran la eficiencia del sistema y la protección de las víctimas de accidentes de tránsito, con las exigencias de transparencia y diligencia derivadas del principio general de buena fe y los objetivos concretos del sistema SOAT.

Ese control de las aseguradoras puede tener diversos resultados, a saber: (i) revalidar la conformidad de la reclamación, habilitando el pago; (ii) identificar vicios

formales que, como se ha explicado, pueden gestionarse mediante “glosas”, o “no conformidades”; o *(iii)* detectar irregularidades de fondo, como el pago, la prescripción, la compensación, **o las situaciones de fraude**. Y, ante esta última eventualidad, no resultaría procedente privar a esas compañías de mecanismos jurídicos de defensa.

Lo que sucede es que no todos esos mecanismos la liberan de su obligación frente a la IPS beneficiaria, según pasa a explicarse.

6.2. El seguro obligatorio es un pilar esencial en la protección de las víctimas de accidentes de tránsito, ya que les garantiza recibir atención médica oportuna y completa, sin importar su capacidad económica, o la de los responsables. Su utilidad social es innegable, razón por la cual cualquier forma de comportamiento deshonesto o defraudatorio debe rechazarse rotundamente.

El SOAT constituye un sistema de cooperación complejo, basado en la confianza y la buena fe de todos los actores involucrados: aseguradoras, tomadores, IPS y beneficiarios. En este contexto, el fraude al SOAT no solo constituye un acto de engaño en perjuicio de la compañía aseguradora, sino una verdadera amenaza al equilibrio y la viabilidad financiera de todo un sistema diseñado para servir a intereses públicos valiosos.

Cuando un tomador del SOAT, u otro actor del sistema, manipula la verdad para obtener un beneficio indebido,

perjudica a la compañía que emitió la póliza, y también distorsiona el uso de los recursos destinados a quienes realmente los necesitan. A largo plazo, los fraudes incrementan el costo de las pólizas, crean barreras de acceso para los beneficiarios legítimos y, en últimas, deterioran la confianza en el mercado. Además, comprometen su eficiencia y desincentivan la participación de las aseguradoras, poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema.

En consecuencia, todos los actores del SOAT, incluidas las autoridades que participan de sus procesos, deben actuar con el máximo compromiso ético, conscientes de que sus acciones tienen un impacto directo en la vida de los demás y en el correcto desenvolvimiento de una herramienta jurídico-social compleja. Combatir al fraude es, por tanto, un deber legal, y también un imperativo que se alinea con los valores fundamentales de justicia, transparencia y buena fe que consagra nuestra Constitución Política.

6.2. Resulta evidente que la defensa del sistema SOAT exige que se identifiquen y promuevan mecanismos jurídicos efectivos para la prevención y oportuna sanción del fraude. La lucha contra el fraude del SOAT no puede quedar relegada a una esfera meramente discursiva, sino que ha de trascender a través de controles previos, auditorías rigurosas y un marco normativo que favorezca las acciones honestas y de buena fe de los involucrados.

En este contexto, no puede aceptarse que el papel de las compañías aseguradoras del SOAT se reduzca a una función

meramente instrumental, de revisión mecánica y formal de documentos. Las aseguradoras deben desempeñar un rol activo y dinámico en la identificación de irregularidades, contribuyendo a la salvaguardia del sistema y garantizando que los recursos se asignen a las verdaderas víctimas de accidentes de tránsito, sin que ello implique obstaculizar los derechos de las IPS, o imponerles cargas excesivas.

Y, lógicamente, esa debida diligencia no es compatible con la idea de limitar las posibilidades de defensa judicial o extrajudicial de las compañías aseguradoras. Al contrario, debe promoverse una auditoría activa, responsable, basada en evidencias, que cumpla con el propósito social del aseguramiento, y permita que los fraudes sean identificados, castigados y, de ser posible, erradicados.

6.2.1. Consecuente con lo anterior, la Corte insiste en que la compañía aseguradora puede alegar en su defensa cualquier supuesto de fraude del que tenga evidencia, a condición, por supuesto, **de que sea imputable a la IPS demandante**. Si lo es al tomador, como se alegó en este caso, el fraude le resulta inoponible a la beneficiaria –sin que ello signifique, por supuesto, que la falta quede impune–.

Así, por ejemplo, si la compañía aseguradora detecta que una IPS determinada está facturando servicios no prestados, o alterando la epicrisis o la historia clínica, para que pasen por víctimas de accidentes de tránsito quienes no lo son, podrá válidamente esgrimir esas circunstancias como excepciones en cualquiera de los escenarios judiciales a los

que sea convocada por la beneficiaria de la cobertura de gastos médicos del SOAT.

En cambio, si el fraude fue cometido por el tomador o el asegurado, no puede servir como defensa contra la IPS, no solo por expresa disposición del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, sino también porque, en el marco de una distribución equitativa de los riesgos del negocio asegurador, no es razonable exigir a un centro médico que dilate el tratamiento de un paciente lesionado mientras esclarece el origen de sus lesiones, o identifica cabalmente los vehículos involucrados en el siniestro.

El cometido de las IPS en el sistema del SOAT es crucial y exige altos estándares de responsabilidad y honestidad; sin embargo, también conlleva la expectativa de que los demás actores del sistema –compañías aseguradoras, tomadores y beneficiarios– adopten conductas igualmente responsables y transparentes.

Además, cuando una persona lesionada se presenta en una clínica u hospital afirmando que sufrió un accidente de tránsito, y aporta una póliza SOAT, es deber del prestador de servicios de salud proporcionarle el tratamiento médico necesario para su recuperación, sin dilaciones ni cuestionamientos que comprometan su bienestar.

No puede, en consecuencia, imponerse al cuerpo médico una carga de verificación o investigación sobre la veracidad de los hechos que dieron lugar a la reclamación.

Los profesionales de la salud no tienen la disponibilidad, la preparación, ni la autoridad para indagar sobre la autenticidad de las circunstancias del siniestro.

Su función es evaluar el estado de salud y bienestar de los pacientes (diagnosticar, tratar, hacer seguimiento de la evolución de la enfermedad, etc.), no auditar. Por ende, forzar a las IPS a que asuman tareas de vigilancia que no les competen no solo resulta inequitativo, sino que pone en riesgo la respuesta médica oportuna y efectiva que el sistema SOAT pretende garantizar.

6.2.2. En síntesis, si el fraude es imputable a la IPS, la aseguradora podrá alegarlo válidamente como excepción. En cambio, cuando sea imputable al tomador –como ocurre cuando este “presta” su póliza SOAT a una persona que sufrió un accidente en un vehículo no asegurado, o tergiversa el origen de sus lesiones para presentarlas como resultado de un accidente de tránsito–, es inoponible a la clínica u hospital beneficiario del amparo de gastos médicos.

Pero es crucial señalar que esta circunstancia no implica, ni debe implicar, que el tomador del seguro quede exento de responsabilidad. El artículo 194-4 del EOSF, tras recabar en la inoponibilidad de las excepciones derivadas de vicios contractuales o incumplimientos del tomador⁵⁴, estableció el siguiente derecho de repetición:

⁵⁴ Al señalar que, «a las víctimas de los accidentes de tránsito y sus causahabientes no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador».

«Con todo, la compañía aseguradora podrá repetir contra el tomador por cualquier suma que haya pagado como indemnización por concepto del seguro de daños causados a las personas en accidentes de tránsito, cuando éste o quien esté conduciendo el vehículo en el momento del accidente, con su autorización, haya actuado con dolo, culpa grave o dentro de aquellas circunstancias en que el seguro adolece de vicios o defectos coetáneos a su contratación».

Y es claro que un tomador que defrauda, miente activamente u oculta o tergiversa el origen de sus lesiones o de las lesiones de un tercero para hacer pasar como un siniestro de los que cubre el SOAT un evento que no tiene tal connotación, actúa dolosamente.

El fraude, por su naturaleza, es una acción deliberada y consciente, que revela el conocimiento de estar violando la ley. Ante este escenario, el ordenamiento jurídico permite que la aseguradora recupere las sumas pagadas, evitando que tales comportamientos fraudulentos queden sin sanción. El sistema está dotado de mecanismos eficaces para castigar a quienes, a través del engaño, buscan desvirtuar los fines del SOAT y vulnerar los principios que lo sustentan.

7. Epílogo: Errores de juzgamiento del Tribunal.

Tal como lo señaló la recurrente en sus cargos postreros, el *ad quem* cometió un grave error al permitir que, mediante la alegación de fraudes que habrían sido cometidos por tomadores del seguro SOAT, se frustrara la legítima acción de cobro de la clínica demandante. No solo permitió que se invocara una defensa que, por disposición legal, es

inoponible a dicha convocante, sino que, basándose en esa misma defensa –y sin un análisis profundo–, concluyó erróneamente la inexistencia de los siniestros.

En realidad, esos siniestros estaban suficientemente demostrados con los documentos aportados junto con la demanda, es decir, cada una de las reclamaciones acompañadas de los anexos exigidos por la normativa del SOAT: los tantas veces reseñados FURIPS, epicrisis, historia clínica y factura.

No se pretende argumentar que estos documentos sean irrefutables, como ya se dejó consignado, sino que, en tanto hayan sido diligenciados de manera honesta y transparente –y en este caso no hay evidencia de lo contrario–, son suficientes para acreditar la ocurrencia de las lesiones sufridas en un accidente (siniestro) y el valor de la atención médica requerida (pérdida).

De todo lo anterior se sigue que el Tribunal transgredió la ley sustancial, en tanto privó a la legítima beneficiaria del amparo de gastos médicos del SOAT del pago de la indemnización a la que tenía derecho, obviando que, de un lado, en este caso concreto, se habían acreditado las variables fácticas de las que depende la obligación condicional de la aseguradora, y de otro, no se probó lo contrario, pues todas las evidencias que aportó la Compañía Mundial de Seguros S.A. dan cuenta de un fraude atribuible a terceras personas, ajenas por completo a la IPS actora.

Por ende, el cargo tercero prospera.

SENTENCIA SUSTITUTIVA

1. Alcance del fallo sustitutivo.

El quiebre de la sentencia de segunda instancia fue parcial. Para desestimar las pretensiones, el Tribunal negó algunos cobros por prescripción, y otros por un evento de fraude atribuible a los tomadores del seguro.

Y el cargo inicial, único que se dirigió contra la primera de dichas cuestiones, no salió avante –aunque quedó establecido que se cometió un pequeño error en el cómputo del término prescriptivo, que redujo artificialmente el alcance de ese fenómeno liberatorio–. Por tanto, la Sala no se pronunciará sobre las 247 reclamaciones que ya se declararon prescritas en ambas instancias, y circunscribirá su análisis a las 153 reclamaciones restantes.

2. Sentencia de primera instancia.

El juez *a quo* denegó el pago de las susodichas 153 reclamaciones al amparo de estas reflexiones:

«Indudablemente, aconteció en autos, que Mundial de Seguros S.A., objetó todas las reclamaciones por las facturas, aportándose con la contestación de la demanda todos los soportes documentales, en que se edifican esas objeciones, entre las que se destacan, varios motivos como que la mayoría de las víctimas no fueron lesionados por un vehículo cubierto con la póliza SOAT de Mundial de Seguros, no habiéndose atribuido causalmente la

ocurrencia del siniestro a dichos vehículos amparados por el accionado, sino en muchos casos a vehículos que huyeron de la escena del accidente y no se pudo establecer el mismo, otros eventos tratan de lesiones no ocurridas en el contexto de un accidente de tránsito, como los nutridos casos de lesiones fruto de accidentes domésticos, práctica de deportes, caídas por pérdida de equilibrio de motocicletas, lo que desvirtúa el presupuesto que las atenciones médicas sean consecuencia de un accidente de tránsito en que el vehículo involucrado se encuentre amparado con una póliza SOAT.

(...) El estrado avista la existencia de abundantes documentos aportados con la contestación de la demanda, en que se aprecia las objeciones formuladas frente a las facturas no prescritas (...), tienen la aptitud para enervar las pretensiones de existencia de las obligaciones invocadas, debido a que con las objeciones se cuestionan la existencia de esas obligaciones, en razón a que de las varias razones condensadas en esas copiosas objeciones y las pruebas arrimadas con las mismas, se establece que la atención médica prestada por Clínica Altos de San Vicente no puede imputársele su cobro a Mundial de Seguros, puesto que el accidente de tránsito perceptor de la atención médica a los lesionados, no cumple con las exigencias del Decreto-Ley 663 de 1993, dado que en unas no existió ni se acreditó el siniestro, por habersele demostrado con las objeciones que las lesiones no son fruto de un accidente de tránsito, ya sea que fueron accidentes domésticos o prácticas deportivas.

En otras reclamaciones recogidas en las facturas, se demostró que tocan con los cobros de atenciones médicas con un SOAT de un vehículo que no estuvo involucrado en el accidente de tránsito, ocurriendo que en esos casos que el dueño de un vehículo no interviniente quien generosamente presta su SOAT al accidentado para obtener la atención médica, debido a que el lesionado tenía su cobertura vencida, o en otros el vehículo involucrado en el accidente no se pudo identificar, no siendo atribuible a un automotor cobijado con una póliza de SOAT de Mundial de Seguros. Esa realidad probatoria se constata con la revisión de las documentales acompañadas con la contestación de la demanda (...), así como los abundantes documentos contentivos por las investigaciones del accidente adelantada por el demandado, visibles en la carpeta digital informes de investigación, que se encuentran en la carpeta anexos de la contestación de la demanda, no habiéndose cuestionado o tachado esas documentales, ni siquiera se desconocieron las mismas».

3. Sustentación del recurso de apelación.

El apoderado de la convocante expuso, en síntesis, estos argumentos:

(i) La clínica aportó todos los documentos requeridos por la ley (FURIPS, epicrisis, historia clínica y facturas) para demostrar la prestación de servicios médicos a víctimas de accidentes de tránsito, debiéndose resaltar que, según el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, es suficiente la declaración del médico de urgencias sobre el accidente para acreditar el origen de las lesiones, en el marco del sistema de reclamaciones del SOAT.

(ii) Ninguna de las pruebas que aportó la demandada *«revela la existencia de una concertación, acuerdo o confabulación al margen de la ley, así como tampoco se evidencia en el expediente prueba alguna que demuestre que la Clínica Altos de San Vicente S.A.S., hubiere conocido, concertado o establecido con los lesionados o tomadores de las pólizas SOAT acuerdos de préstamos de póliza SOAT a personas accidentadas, para con ello obtener pagos por servicios de salud»*.

(iii) El juez *a quo* cometió un error al dar mayor peso a las pruebas aportadas por la aseguradora, que alegaban que los accidentes no involucraban vehículos con cobertura SOAT válida. El fallo apelado ignoró la presunción de buena fe y no se preocupó por exigir pruebas de que la clínica hubiera actuado dolosa o negligentemente.

(iv) Las excepciones basadas en fraudes cometidos por los tomadores del SOAT no son oponibles a la IPS, de acuerdo con el numeral 3 del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016. La normativa prohíbe que las obligaciones del tomador afecten la reclamación por servicios prestados.

4. Pronunciamiento de la Sala.

4.1. Análisis de los argumentos de la apelación.

Tal como se indicó, a espacio, en las consideraciones del recurso de casación, los documentos que deben soportar cualquier reclamación con cargo a la cobertura de gastos de salud del SOAT –FURIPS, epicrisis, historia clínica y factura– no son inexpugnables, ni están exentos de cuestionamiento, pero sí son suficientes para demostrar tanto la ocurrencia del siniestro como la cuantía de la pérdida, conforme a las exigencias del artículo 1077 del Código de Comercio.

Dichos documentos, diligenciados de manera transparente y apropiada –como cabría esperar en estos casos–, permiten acreditar las variables esenciales de las que depende la efectividad de todo contrato de seguro. Por tanto, la carga de desvirtuar su contenido corresponde a la compañía aseguradora, quien debe aportar evidencias que demuestren su invalidez, y que sean oponibles a la IPS.

En este caso, es cierto que la Compañía Mundial de Seguros S.A. allegó copiosas pruebas de acciones fraudulentas, pero estas, invariablemente, apuntaban a los

tomadores del seguro, que –de manera irresponsable– habrían facilitado sus pólizas SOAT a otras personas para que fueran atendidas por cuenta de sus amparos, o mentido sobre el origen de sus lesiones. Y, por disposición expresa del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, circunstancias como esas no pueden afectar el legítimo reclamo de la IPS.

En términos simples, mientras que los documentos que allegó la Clínica Altos de San Vicente S.A.S. cumplen con los requisitos normativos y son suficientes para probar el siniestro y su cuantía, las objeciones de la aseguradora carecen de simetría y oponibilidad, pues derivarían de eventuales comportamientos fraudulentos del tomador del SOAT, no de la actuación –u omisión– de la parte actora.

Cabe anotar que estas reflexiones resultan aplicables a todas las causales de “glosas” u “objeciones” que se agruparon bajo la excepción titulada «*inexistencia de la obligación respecto a las reclamaciones frente a las que se formuló objeción total*»; esto es, «*inexistencia de accidente de tránsito*»; «*póliza prestada peatón*»; «*póliza prestada ocupante*»; «*aclaración de hechos*», y «*conurrencia de vehículos*», pues a pesar de lo que pudiera sugerir su denominación, en cada caso pretendió aludirse a la manifestación mendaz que habría hecho el lesionado al ser atendido, de común acuerdo con el tomador del SOAT –y sin participación probada de la IPS demandante–.

Por lo anterior, se revocará la sentencia de primera instancia, siendo del caso estudiar las excepciones restantes del demandado, así como la situación de las reclamaciones

que, a pesar de haber prescrito, no fueron negadas por esa razón, sino con ocasión de la excepción de *«inexistencia de la obligación respecto a las reclamaciones frente a las que se formuló objeción total»* a la que acaba de referirse la Sala.

4.2. Análisis de las excepciones restantes.

4.2.1. Amén de las defensas que acogió el juzgador *a quo*, la aseguradora presentó seis más; pero cinco de ellas, a saber, *«póliza otra aseguradora (sic)»*, *«ausencia de prestación del servicio»*, *«inexistencia de la obligación frente a la reclamación pagada»*, *«inexistencia de la obligación frente a la reclamación objetada por pertinencia médica»* y *«mala fe»*, se refieren a unas reclamaciones puntuales –SV127743, SV138150 y SV119374– respecto de las cuales operó el fenómeno de la prescripción, lo que hace innecesario cualquier pronunciamiento al respecto.

4.2.2. En cuanto a la restante, denominada *«inexistencia de intereses moratorios»*, la Sala encuentra que no está llamada a prosperar, porque la actora presentó sus reclamaciones con el lleno de los requisitos de ley, y con esa evidencia de respaldo era suficiente para entender acreditado su derecho ante el asegurador, según lo que establece el artículo 1077 del Código de Comercio.

Por consiguiente, como las reclamaciones eran formal y materialmente idóneas, y no fueron pagadas dentro del mes siguiente a su radicación, se debe condenar a la compañía aseguradora a pagar, *«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 mitad⁵⁵.

4.3. La cuestión de la prescripción.

Como se explicó detalladamente en el numeral 4.2.3. del recurso de casación, el juez de primera instancia incurrió en una imprecisión al computar el término prescriptivo, pues partió de la fecha de radicación de las reclamaciones, contraviniendo lo dispuesto en el artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, que establece que «*las [IPS] (...) 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 «***La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la [IPS] (...)***».

Es importante resaltar que el hito inicial de la prescripción ordinaria en cualquier contrato de seguro tiene naturaleza subjetiva, y se fija desde el momento en que el interesado conoció, o debió conocer, el hecho que da base a la acción –de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio–. Y, por disposición legal, se entiende que la IPS beneficiaria tuvo conocimiento del hecho que fundamenta su reclamo –la prestación de los servicios médicos a una víctima de accidente de tránsito– desde cuando realizó la atención, o desde que el paciente egresó de la institución.

⁵⁵ Artículo 2.6.1.4.3.12. y 2.6.1.4.4.1. del Decreto 780 de 2016, en concordancia con el artículo 1080 del Código de Comercio.

Ahora bien, a pesar de que, por obvias razones, este aspecto no fue objeto de reparos en la apelación –el fallo apelado fue totalmente favorable a la demandada–, la Sala considera necesario corregir el error cometido en primera instancia, y declarar la prescripción de 21 reclamaciones adicionales afectadas por este fenómeno. Este ajuste se justifica por las siguientes razones:

(i) Resulta imprescindible que la Sala imponga una condena a la aseguradora demandada, ya que se ha determinado que procede en este fallo sustitutivo. Por tanto, tasar esa condena sin tener en cuenta la prescripción de algunas reclamaciones, identificada en un aparte previo de esta misma providencia, generaría una contradicción inaceptable. Es necesario, por tanto, ajustar la condena para garantizar coherencia de la resolución del conflicto.

(ii) La corrección planteada no vulnera el principio de *reformatio in pejus*, ya que el fallo apelado fue totalmente desestimatorio de las pretensiones. Por tanto, ninguna decisión que se adopte ahora podría empeorar formalmente la situación del único apelante. Con todo, como se accederá parcialmente a esos reclamos, la situación de la clínica demandante mejorará, incluso si se corrige el número de las reclamaciones que deben declararse prescritas.

(iii) Aunque el error en el cómputo de la prescripción no fue objeto de apelación, esto no impide que la Corte lo subsane. Esto porque, a pesar de ser evidente, ninguna de las partes pudo plantearlo en su recurso de apelación: la

demandada no tenía interés en impugnar un fallo que le fue favorable, y la IPS, al apelar, se centró en reducir el número de reclamaciones prescritas –no en aumentarlo–.

Es precisamente esta imposibilidad para que las partes abordaran el tema en la apelación lo que justifica que la Corte examine ahora esa cuestión, sin exceder sus facultades. Ello con el fin de armonizar la condena a las exigencias de las normas de orden público que regulan la prescripción extintiva, garantizando que todas las reclamaciones afectadas por ese fenómeno liberatorio reciban un tratamiento objetivo y uniforme.

(iv) En todo caso, debe resaltarse que la Compañía Mundial de Seguros S.A. alegó la prescripción en la oportunidad procesal pertinente, y lo hizo de manera general, refiriéndose a la totalidad de las pretensiones de su contraparte. Además, nunca declinó de esa defensa, ni mucho menos puede deducirse una renuncia del hecho de no haber apelado el fallo de primera instancia, ya que, se reitera, carecía de interés para impugnar.

Por lo anterior, se hará el ajuste pertinente, de manera que se declararán prescritas todas las reclamaciones asociadas a servicios prestados o egresos de pacientes **anteriores al 19 de noviembre de 2018**, lo que, se reitera, incluiría **tanto las 247 que identificó el juzgador a quo**, como **21 reclamaciones adicionales** que halló la Corte, al precisar el punto de partida del término de la prescripción de

las acciones en cabeza de la IPS beneficiaria del SOAT (**para un total de 268 reclamaciones prescritas**).

5. Conclusión.

La actora aportó todos los soportes exigidos por el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016, lo cual, según la regulación del SOAT, resulta suficiente para acreditar las variables establecidas en el artículo 1077 del Código de Comercio. Pese a ello, la compañía aseguradora demandada no efectuó el pago correspondiente, ni demostró alguna excepción válida que justificara esa negativa.

Al contrario, la Compañía Mundial de Seguros S.A. insistió en enrostrar a su contraparte excepciones que, por disposición legal, le resultaban inoponibles, pues se referían al comportamiento contractual del tomador del seguro.

Por ende, se debe revocar parcialmente la sentencia apelada, para en su lugar ordenar el pago de las 132 reclamaciones que no prescribieron (y que corresponden a atenciones o egresos **ocurridos a partir del 19 de noviembre de 2018**), junto con los réditos moratorios correspondientes.

Para clarificar esos montos y fechas⁵⁶ diferenciados se compendian a continuación:

⁵⁶ Es pertinente señalar que, en todos los casos, tanto en el FURIPS, como en sus anexos, se observan varios sellos de recibido, con fechas diferentes. Para los efectos de este proceso, la Corte eligió como fecha de radicación de cada reclamación la más reciente, considerando que la situación descrita se explica por defectos de forma advertidos por la aseguradora (“glosas”), que se intentaron superar –y, de hecho, se superaron– en una segunda (o tercera) presentación de los documentos.

	FACTURA N.º	ATENCIÓN / EGRESO	RADICADO	% DE MORA DESDE	MONTO DE CAPITAL
1	SV140205	19/11/2018	08/01/2019	09/02/2019	\$ 45.100
2	SV140799	22/11/2018	08/01/2019	09/02/2019	\$ 9.145.888
3	SV140822	24/11/2018	08/01/2019	09/02/2019	\$ 1.362.926
4	SV140858	24/11/2018	08/01/2019	09/02/2019	\$ 1.358.693
5	SV140969	26/11/2018	08/01/2019	09/02/2019	\$ 1.201.238
6	SV141040	28/11/2018	08/01/2019	09/02/2019	\$ 1.258.473
7	SV141207	06/12/2018	08/01/2019	09/02/2019	\$ 145.592
8	SV142716	06/12/2018	14/01/2019	15/02/2019	\$ 74.000
9	SV141041	28/11/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 260.400
10	SV141043	28/11/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 1.296.673
11	SV141557	03/12/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 1.383.078
12	SV141622	03/12/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 3.468.133
13	SV141631	03/12/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 260.400
14	SV141106	04/12/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 8.191.650
15	SV141588	04/12/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 1.711.593
16	SV141616	07/12/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 1.307.214
17	SV141423	11/12/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 45.100
18	SV142868	21/12/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 1.746.108
19	SV142869	21/12/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 1.698.601
20	SV144419	25/12/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 5.338.014
21	SV142678	27/12/2018	01/02/2019	02/03/2019	\$ 1.588.913
22	SV144293	06/01/2019	01/02/2019	02/03/2019	\$ 1.790.414
23	SV140857	24/11/2018	07/03/2019	08/04/2019	\$ 260.400
24	SV141632	03/12/2018	07/03/2019	08/04/2019	\$ 1.254.676
25	SV142845	07/12/2018	07/03/2019	08/04/2019	\$ 7.943.630
26	SV142830	09/12/2018	07/03/2019	08/04/2019	\$ 4.738.950
27	SV141767	13/12/2018	07/03/2019	08/04/2019	\$ 45.100
28	SV140753	29/11/2018	11/04/2019	12/05/2019	\$ 31.200
29	SV141636	03/12/2018	11/04/2019	12/05/2019	\$ 437.393
30	SV142692	08/12/2018	17/04/2019	18/05/2019	\$ 38.940
31	SV144847	18/01/2019	17/04/2019	18/05/2019	\$ 1.805.924
32	SV145669	19/01/2019	17/04/2019	18/05/2019	\$ 2.676.239
33	SV145389	23/01/2019	17/04/2019	18/05/2019	\$ 93.400
34	SV144809	13/01/2019	23/04/2019	24/05/2019	\$ 738.969
35	SV144807	14/01/2019	23/04/2019	24/05/2019	\$ 276.024
36	SV144808	14/01/2019	23/04/2019	24/05/2019	\$ 3.251.507
37	SV145470	22/11/2018	02/05/2019	03/06/2019	\$ 46.700
38	SV141508	08/12/2018	02/05/2019	03/06/2019	\$ 4.123.803
39	SV144294	06/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 276.024

40	SV144306	10/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 1.823.997
41	SV144812	16/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 1.441.786
42	SV144813	16/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 787.575
43	SV146576	18/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 4.787.630
44	SV145104	20/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 2.081.306
45	SV145666	20/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 9.140.060
46	SV145668	20/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 276.000
47	SV145154	21/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 45.100
48	SV145343	21/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 1.364.450
49	SV145583	21/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 140.700
50	SV145226	22/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 45.100
51	SV145508	22/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 1.630.343
52	SV145954	22/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 276.000
53	SV146169	28/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 799.000
54	SV146380	31/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 1.816.508
55	SV146441	31/01/2019	02/05/2019	03/06/2019	\$ 1.411.708
56	SV148096	14/02/2019	09/05/2019	10/06/2019	\$ 3.450.085
57	SV147692	18/02/2019	09/05/2019	10/06/2019	\$ 160.800
58	SV147638	19/02/2019	09/05/2019	10/06/2019	\$ 45.100
59	SV148000	22/02/2019	09/05/2019	10/06/2019	\$ 1.338.706
60	SV148029	22/02/2019	09/05/2019	10/06/2019	\$ 1.435.233
61	SV148030	22/02/2019	09/05/2019	10/06/2019	\$ 276.000
62	SV148632	22/02/2019	09/05/2019	10/06/2019	\$ 16.983.949
63	SV148288	28/02/2019	09/05/2019	10/06/2019	\$ 176.400
64	SV148869	09/03/2019	09/05/2019	10/06/2019	\$ 88.900
65	SV149216	11/03/2019	09/05/2019	10/06/2019	\$ 1.509.813
66	SV152887	30/04/2019	13/05/2019	14/06/2019	\$ 47.800
67	SV148640	04/03/2019	17/05/2019	18/06/2019	\$ 6.451.670
68	SV149120	12/03/2019	17/05/2019	18/06/2019	\$ 38.518
69	SV149389	14/03/2019	17/05/2019	18/06/2019	\$ 1.867.088
70	SV149477	14/03/2019	17/05/2019	18/06/2019	\$ 276.000
71	SV149615	18/03/2019	17/05/2019	18/06/2019	\$ 47.800
72	SV149617	18/03/2019	17/05/2019	18/06/2019	\$ 47.800
73	SV149649	18/03/2019	17/05/2019	18/06/2019	\$ 47.800
74	SV150414	28/03/2019	22/05/2019	23/06/2019	\$ 88.900
75	SV155031	23/05/2019	04/06/2019	05/07/2019	\$ 1.527.253
76	SV155559	27/05/2019	10/06/2019	11/07/2019	\$ 1.100.600
77	SV155402	30/05/2019	10/06/2019	11/07/2019	\$ 33.100
78	SV155880	29/05/2019	11/06/2019	12/07/2019	\$ 2.650.432
79	SV156176	11/06/2019	17/06/2019	18/07/2019	\$ 72.880
80	SV151093	21/03/2019	20/06/2019	21/07/2019	\$ 60.500
81	SV150355	25/03/2019	20/06/2019	21/07/2019	\$ 2.618.885
82	SV151102	03/04/2019	20/06/2019	21/07/2019	\$ 1.302.826
83	SV151103	03/04/2019	20/06/2019	21/07/2019	\$ 1.391.133

84	SV151104	03/04/2019	20/06/2019	21/07/2019	\$ 276.000
85	SV156940	05/06/2019	03/07/2019	04/08/2019	\$ 276.000
86	SV156901	17/06/2019	03/07/2019	04/08/2019	\$ 276.000
87	SV156902	17/06/2019	03/07/2019	04/08/2019	\$ 1.386.742
88	SV151509	26/02/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 6.011.233
89	SV151249	30/03/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 5.497.530
90	SV151547	04/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 63.900
91	SV151506	05/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 9.805.308
92	SV151512	05/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 9.373.198
93	SV151513	05/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 276.000
94	SV151436	09/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 86.093
95	SV151742	09/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 44.000
96	SV151658	11/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 1.329.578
97	SV152016	11/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 1.835.213
98	SV152022	11/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 1.068.678
99	SV152114	11/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 259.034
100	SV152118	11/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 1.359.368
101	SV152005	12/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 1.456.620
102	SV152122	12/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 1.293.393
103	SV151693	13/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 47.800
104	SV152057	15/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 1.416.538
105	SV152438	15/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 1.023.430
106	SV152269	16/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 233.063
107	SV152295	18/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 1.474.571
108	SV152202	22/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 94.500
109	SV153020	25/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 2.129.713
110	SV153023	25/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 2.384.230
111	SV152672	26/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 71.020
112	SV153379	30/04/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 430.100
113	SV157403	25/06/2019	05/07/2019	06/08/2019	\$ 276.000
114	SV150367	27/03/2019	10/07/2019	11/08/2019	\$ 838.195
115	SV150368	27/03/2019	10/07/2019	11/08/2019	\$ 276.000
116	SV153405	02/05/2019	10/07/2019	11/08/2019	\$ 2.239.506
117	SV153439	03/05/2019	10/07/2019	11/08/2019	\$ 1.413.823
118	SV153440	03/05/2019	10/07/2019	11/08/2019	\$ 1.445.293
119	SV153665	13/05/2019	10/07/2019	11/08/2019	\$ 47.800
120	SV154024	16/05/2019	10/07/2019	11/08/2019	\$ 47.800
121	SV154224	16/05/2019	10/07/2019	11/08/2019	\$ 60.500
122	SV154281	20/05/2019	10/07/2019	11/08/2019	\$ 70.700
123	SV154658	21/05/2019	10/07/2019	11/08/2019	\$ 1.787.868
124	SV158305	09/07/2019	18/07/2019	19/08/2019	\$ 8.004.517
125	SV158307	09/07/2019	18/07/2019	19/08/2019	\$ 276.000
126	SV155042	28/05/2019	23/07/2019	24/08/2019	\$ 47.800
127	SV156939	05/06/2019	23/07/2019	24/08/2019	\$ 22.082.456

128	SV155164	23/05/2019	01/08/2019	02/09/2019	\$ 46.700
129	SV160966	12/08/2019	21/08/2019	22/09/2019	\$ 69.800
130	SV154550	23/05/2019	11/09/2019	12/10/2019	\$ 105.400
131	SV148098	12/02/2019	01/11/2019	02/12/2019	\$ 13.101.840
132	SV164461	20/09/2019	03/12/2019	04/01/2020	\$ 1.599.147
CAPITAL TOTAL:					\$ 250.836.312

En consecuencia, se ordenará a la Compañía Mundial de Seguros S.A. pagar a la IPS convocante: (i) \$250.836.312, correspondientes al capital de 132 reclamaciones impagadas; (ii) \$373.495.268, por concepto de intereses de mora generados hasta el 30 de septiembre de 2024; y (iii) los intereses de mora que se causen en adelante sobre la mencionada suma de capital, liquidados a la tasa máxima legalmente permitida. Estas cifras encuentran respaldo en la tabla de liquidación que se presenta a continuación⁵⁷:

FECHA INICIAL	FECHA FINAL	TML EA	INTERÉS PERÍODO	SALDO CAPITAL	SALDO TOTAL
9/02/19	14/02/19	29,55%	\$ 62.667	\$ 14.517.910	\$ 14.580.577
15/02/19	28/02/19	29,55%	\$ 146.967	\$ 14.591.910	\$ 14.801.544
1/03/19	1/03/19	29,06%	\$ 10.342	\$ 14.591.910	\$ 14.811.886
2/03/19	31/03/19	29,06%	\$ 950.003	\$ 44.678.201	\$ 45.848.180
1/04/19	7/04/19	28,98%	\$ 221.162	\$ 44.678.201	\$ 46.069.342
8/04/19	30/04/19	28,98%	\$ 958.329	\$ 58.920.957	\$ 61.270.427
1/05/19	11/05/19	29,01%	\$ 458.750	\$ 58.920.957	\$ 61.729.177
12/05/19	17/05/19	29,01%	\$ 252.217	\$ 59.389.550	\$ 62.449.988
18/05/19	23/05/19	179,01%	\$ 1.096.113	\$ 64.004.053	\$ 68.160.604
24/05/19	31/05/19	329,01%	\$ 2.213.877	\$ 68.270.553	\$ 74.640.980
1/06/19	2/06/19	28,95%	\$ 96.468	\$ 68.270.553	\$ 74.737.448
3/06/19	9/06/19	28,95%	\$ 497.448	\$ 100.584.343	\$ 107.548.686
10/06/19	13/06/19	28,95%	\$ 356.221	\$ 126.049.329	\$ 133.369.894
14/06/19	17/06/19	28,95%	\$ 356.357	\$ 126.097.129	\$ 133.774.050
18/06/19	22/06/19	28,95%	\$ 476.450	\$ 134.873.805	\$ 143.027.176
23/06/19	30/06/19	28,95%	\$ 762.822	\$ 134.962.705	\$ 143.878.898

⁵⁷ Para simplificar el cálculo, las reclamaciones se agruparon según su fecha de radicación. Las casillas sombreadas señalan las fechas en las que se radicaron nuevos grupos de reclamaciones, y en ellas se muestra el capital acumulado de manera progresiva, hasta alcanzar \$250.836.312.

Radicación n.º 08001-31-53-016-2021-00094-02

1/07/19	4/07/19	43,92%	\$ 546.256	\$ 134.962.705	\$ 144.425.155
5/07/19	10/07/19	43,92%	\$ 828.657	\$ 136.489.958	\$ 146.781.065
11/07/19	11/07/19	43,92%	\$ 139.257	\$ 137.623.658	\$ 148.054.021
12/07/19	17/07/19	43,92%	\$ 851.631	\$ 140.274.090	\$ 151.556.084
18/07/19	20/07/19	43,92%	\$ 426.037	\$ 140.346.970	\$ 152.055.001
21/07/19	31/07/19	43,92%	\$ 1.625.015	\$ 145.996.314	\$ 159.329.360
1/08/19	3/08/19	28,98%	\$ 309.728	\$ 145.996.314	\$ 159.639.088
4/08/19	5/08/19	28,98%	\$ 209.227	\$ 147.935.056	\$ 161.787.057
6/08/19	10/08/19	28,98%	\$ 697.524	\$ 197.275.167	\$ 211.824.692
11/08/19	18/08/19	28,98%	\$ 1.162.584	\$ 205.502.652	\$ 221.214.761
19/08/19	23/08/19	28,98%	\$ 755.893	\$ 213.783.169	\$ 230.251.171
24/08/19	31/08/19	28,98%	\$ 1.334.626	\$ 235.913.425	\$ 253.716.053
1/09/19	1/09/19	28,98%	\$ 166.828	\$ 235.913.425	\$ 253.882.881
2/09/19	21/09/19	28,98%	\$ 3.337.225	\$ 235.960.125	\$ 257.266.807
22/09/19	30/09/19	28,98%	\$ 1.502.196	\$ 236.029.925	\$ 258.838.802
1/10/19	11/10/19	28,65%	\$ 1.817.528	\$ 236.029.925	\$ 260.656.330
12/10/19	31/10/19	28,65%	\$ 3.306.072	\$ 236.135.325	\$ 264.067.802
1/11/19	30/11/19	28,55%	\$ 4.943.030	\$ 236.135.325	\$ 269.010.832
1/12/19	1/12/19	28,37%	\$ 163.848	\$ 236.135.325	\$ 269.174.680
2/12/19	31/12/19	28,37%	\$ 5.188.167	\$ 249.237.165	\$ 287.464.686
1/01/20	3/01/20	28,16%	\$ 515.414	\$ 249.237.165	\$ 287.980.100
4/01/20	31/01/20	28,16%	\$ 4.841.393	\$ 250.836.312	\$ 294.420.640
1/02/20	29/02/20	28,59%	\$ 5.082.818	\$ 250.836.312	\$ 299.503.457
1/03/20	31/03/20	28,43%	\$ 5.405.604	\$ 250.836.312	\$ 304.909.061
1/04/20	30/04/20	28,04%	\$ 5.167.611	\$ 250.836.312	\$ 310.076.672
1/05/20	31/05/20	27,29%	\$ 5.212.880	\$ 250.836.312	\$ 315.289.552
1/06/20	30/06/20	27,18%	\$ 5.027.461	\$ 250.836.312	\$ 320.317.013
1/07/20	31/07/20	27,18%	\$ 5.195.043	\$ 250.836.312	\$ 325.512.055
1/08/20	31/08/20	27,44%	\$ 5.238.336	\$ 250.836.312	\$ 330.750.392
1/09/20	30/09/20	27,53%	\$ 5.084.125	\$ 250.836.312	\$ 335.834.517
1/10/20	31/10/20	27,14%	\$ 5.187.393	\$ 250.836.312	\$ 341.021.911
1/11/20	30/11/20	26,76%	\$ 4.958.270	\$ 250.836.312	\$ 345.980.181
1/12/20	31/12/20	26,19%	\$ 5.026.136	\$ 250.836.312	\$ 351.006.316
1/01/21	31/01/21	25,98%	\$ 4.990.137	\$ 250.836.312	\$ 355.996.453
1/02/21	28/02/21	26,31%	\$ 4.558.291	\$ 250.836.312	\$ 360.554.745
1/03/21	31/03/21	26,12%	\$ 5.013.286	\$ 250.836.312	\$ 365.568.031
1/04/21	30/04/21	25,97%	\$ 4.826.674	\$ 250.836.312	\$ 370.394.705
1/05/21	31/05/21	25,83%	\$ 4.964.387	\$ 250.836.312	\$ 375.359.092
1/06/21	30/06/21	25,82%	\$ 4.801.752	\$ 250.836.312	\$ 380.160.844
1/07/21	31/07/21	25,77%	\$ 4.954.079	\$ 250.836.312	\$ 385.114.923
1/08/21	31/08/21	25,86%	\$ 4.969.540	\$ 250.836.312	\$ 390.084.463
1/09/21	30/09/21	25,79%	\$ 4.796.764	\$ 250.836.312	\$ 394.881.227
1/10/21	31/10/21	25,62%	\$ 4.928.286	\$ 250.836.312	\$ 399.809.513
1/11/21	30/11/21	25,91%	\$ 4.816.709	\$ 250.836.312	\$ 404.626.222
1/12/21	31/12/21	26,19%	\$ 5.026.136	\$ 250.836.312	\$ 409.652.358
1/01/22	31/01/22	26,49%	\$ 5.077.459	\$ 250.836.312	\$ 414.729.816

1/02/22	28/02/22	27,45%	\$ 4.733.698	\$ 250.836.312	\$ 419.463.515
1/03/22	31/03/22	27,71%	\$ 5.284.083	\$ 250.836.312	\$ 424.747.598
1/04/22	30/04/22	28,58%	\$ 5.255.647	\$ 250.836.312	\$ 430.003.245
1/05/22	31/05/22	29,57%	\$ 5.596.630	\$ 250.836.312	\$ 435.599.875
1/06/22	30/06/22	30,60%	\$ 5.582.530	\$ 250.836.312	\$ 441.182.405
1/07/22	31/07/22	31,92%	\$ 5.985.996	\$ 250.836.312	\$ 447.168.401
1/08/22	31/08/22	33,32%	\$ 6.213.384	\$ 250.836.312	\$ 453.381.785
1/09/22	30/09/22	35,25%	\$ 6.314.415	\$ 250.836.312	\$ 459.696.201
1/10/22	31/10/22	36,92%	\$ 6.789.404	\$ 250.836.312	\$ 466.485.605
1/11/22	30/11/22	38,67%	\$ 6.836.864	\$ 250.836.312	\$ 473.322.468
1/12/22	31/12/22	41,46%	\$ 7.495.430	\$ 250.836.312	\$ 480.817.898
1/01/23	31/01/23	43,26%	\$ 7.768.809	\$ 250.836.312	\$ 488.586.707
1/02/23	28/02/23	45,27%	\$ 7.289.090	\$ 250.836.312	\$ 495.875.797
1/03/23	31/03/23	46,26%	\$ 8.216.918	\$ 250.836.312	\$ 504.092.715
1/04/23	30/04/23	47,09%	\$ 8.069.557	\$ 250.836.312	\$ 512.162.272
1/05/23	31/05/23	45,41%	\$ 8.090.148	\$ 250.836.312	\$ 520.252.420
1/06/23	30/06/23	44,64%	\$ 7.718.797	\$ 250.836.312	\$ 527.971.217
1/07/23	31/07/23	44,04%	\$ 7.886.211	\$ 250.836.312	\$ 535.857.429
1/08/23	31/08/23	43,13%	\$ 7.748.425	\$ 250.836.312	\$ 543.605.854
1/09/23	30/09/23	42,05%	\$ 7.339.990	\$ 250.836.312	\$ 550.945.844
1/10/23	31/10/23	39,80%	\$ 7.239.447	\$ 250.836.312	\$ 558.185.291
1/11/23	30/11/23	38,28%	\$ 6.777.939	\$ 250.836.312	\$ 564.963.231
1/12/23	31/12/23	37,56%	\$ 6.891.010	\$ 250.836.312	\$ 571.854.240
1/01/24	31/01/24	33,48%	\$ 6.240.123	\$ 250.836.312	\$ 578.094.363
1/02/24	29/02/24	34,97%	\$ 6.061.276	\$ 250.836.312	\$ 584.155.638
1/03/24	31/03/24	33,45%	\$ 6.235.264	\$ 250.836.312	\$ 590.390.902
1/04/24	30/04/24	33,09%	\$ 5.977.616	\$ 250.836.312	\$ 596.368.518
1/05/24	31/05/24	31,53%	\$ 5.921.996	\$ 250.836.312	\$ 602.290.514
1/06/24	30/06/24	30,84%	\$ 5.620.937	\$ 250.836.312	\$ 607.911.451
1/07/24	31/07/24	29,49%	\$ 5.584.114	\$ 250.836.312	\$ 613.495.565
1/08/24	31/08/24	29,21%	\$ 5.536.487	\$ 250.836.312	\$ 619.032.052
1/09/24	30/09/24	28,85%	\$ 5.299.527	\$ 250.836.312	\$ 624.331.579
TOTAL CAPITAL ACUMULADO					\$ 250.836.312
TOTAL INTERESES MORATORIOS (A 30/9/2024)					\$ 373.495.268
GRAN TOTAL					\$ 624.331.580

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia,

administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **CASA PARCIALMENTE** la sentencia de 1 de agosto de 2023, dictada en el trámite de la referencia por la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla. **SIN COSTAS**, dada la prosperidad de la impugnación extraordinaria.

Y, situada en sede de instancia, la Corte

RESUELVE

PRIMERO. MODIFICAR la sentencia que el 18 de noviembre de 2022 dictó el Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de Barranquilla.

SEGUNDO. DECLARAR la prescripción de las acciones para el cobro de las sumas de dinero consignadas en reclamaciones que corresponden a atenciones médicas o egresos ocurridos con antelación al 19 de noviembre de 2018 y **DESESTIMAR** las demás excepciones propuestas.

TERCERO. DECLARAR que la Compañía Mundial de Seguros S.A. debe pagar a la Clínica Altos de San Vicente S.A.S. doscientos cincuenta millones ochocientos treinta y seis mil trescientos doce pesos (**\$250.836.312**), por concepto de capital impagado de 132 reclamaciones presentadas con cargo a la cobertura de gastos médicos del SOAT.

CUARTO. Ordenar que, sobre esa suma de capital, se reconozcan intereses moratorios, a la tasa máxima legal,

liquidados a partir del día siguiente al vencimiento del plazo para resolver y pagar reclamaciones que prescribe el artículo 2.6.1.4.3.12. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Esta liquidación arroja, a 30 de septiembre de 2024, el resultado de trescientos setenta y tres millones cuatrocientos noventa y cinco mil doscientos sesenta y ocho pesos (**\$373.495.268**). Con posterioridad a esa calenda, bastará liquidar los réditos moratorios a la tasa señalada y sobre el capital insoluto total, hasta que se verifique su pago.

QUINTO. COSTAS de ambas instancias a cargo de la demandada, en un 40% (dada la prosperidad parcial del *petitum*). Líquidense, en los términos de los artículos 365-5 y 366 del Código General del Proceso, teniendo en cuenta la suma de diez millones de pesos (\$10.000.000), que la Magistrada Sustanciadora señala como agencias en derecho.

SEXTO. REMÍTASE el expediente a la autoridad judicial competente.

Notifíquese y cúmplase

FERNANDO AUGUSTO JIMÉNEZ VALDERRAMA

Presidente de Sala

HILDA GONZÁLEZ NEIRA

(Salvamento parcial de voto)

MARTHA PATRICIA GUZMÁN ÁLVAREZ

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

FRANCISCO TERNERA BARRIOS

Firmado electrónicamente por:

Fernando Augusto Jiménez Valderrama
Presidente de la Sala

Hilda González Neira
Magistrada

Martha Patricia Guzmán Álvarez
Magistrada

Octavio Augusto Tejeiro Duque
Magistrado

Francisco Ternera Barrios
Magistrado

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en artículo 103 del Código General del Proceso y el artículo 7 de la ley 527 de 1999

Código de verificación: C21AC9A414B63FBEC3A5C504A832F2F03BDD8869850A27C81407EFFC1BF18CAD
Documento generado en 2024-12-19