

Señores:

JUZGADO QUINTO (5) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA

cmpl05nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: EJECUTIVO
EJECUTANTE: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
EJECUTADO: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC.
RADICADO: 410014189005-2023-00873-00.

ASUNTO: EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA EJECUTIVA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado general de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC**, sociedad cooperativa de seguros, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con NIT No. 860.028.415-5, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., según consta en los certificados de existencia y representación legal que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a la firma a través de la Escritura Pública No. 2779, otorgada el 02 de diciembre de 2021 en la Notaría Decima (10°) del Círculo de Bogotá. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legalmente establecido, procedo a presentar **EXCEPCIONES DE MÉRITO** contra la demanda ejecutiva del proceso previamente identificado, promovida por la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, indicando desde este momento que me opongo a los hechos y pretensiones conforme con los fundamentos que se exponen a continuación:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

Se presenta este acápite de manera preliminar a formular las excepciones de mérito, con el fin de pronunciarme sobre los hechos planteados por la parte ejecutante en el presente litigio, toda vez que, aunque la ritualidad de los procesos ejecutivos no lo requiere, en este caso resulta oportuno hacerlo habida cuenta de que las pretensiones que aquí se discuten tienen como base la existencia de unos títulos valores presuntamente ejecutables a mi representada **LA EQUIDAD SEGUROS ORGANISMO COOPERATIVO** Por tanto, al versar el presente asunto sobre la existencia de un derecho que a la fecha aún continúa siendo incierto, procedo de manera respetuosa a manifestar lo siguiente respecto de los hechos que acontecen en el presente asunto:

FRENTE AL HECHO “1”: Este hecho tiene dos componentes, sobre los que me pronunciaré de la

siguiente manera:

- Tal como relata la ejecutante, en cumplimiento de varios postulados normativos las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud están en la obligación de prestar la atención inicial de urgencias independientemente de la capacidad de pago.

Respecto a la afirmación de que LA CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA haya brindado atención médica a las personas lesionadas, la misma NO ME CONSTA. Ni tiene porqué constarle a mi representada EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., lo referenciado en el hecho, pues allí se alude a entidad distinta a la compañía que represento. Sin embargo, me atengo a lo debidamente acreditado en el plenario, sobre todo, a la Historia Clínica

FRENTE AL HECHO “2”: NO ES CIERTO como lo relata la parte demandante, comoquiera que, de forma deliberada omite indicar que la factura señalada NO presta mérito ejecutivo, esto en el sentido de que no cumple con los requisitos establecidos para dicho título valor, según lo señalado en el Decreto 441 de 2022.

Como quiera que la obligación de pago por parte de LA EQUIDAD SEGUROS OC no es automática. Aunque el asegurador tiene el deber de cubrir los servicios de salud derivados de la atención en urgencias a beneficiarios del SOAT, esta obligación está sujeta a un proceso de revisión y validación de las facturas presentadas. Dicho proceso puede incluir objeciones, glosas y otras verificaciones que permitan al asegurador corroborar que los servicios prestados se ajusten a los términos del contrato y la normativa aplicable. Por lo tanto, el pago se efectúa únicamente después de que se hayan superado estos controles, y en tal sentido, se dé la aceptación de las glosas.

FRENTE AL HECHO “3”. Lo expuesto no constituye un hecho sino una explicación del marco normativo aplicable a la competencia por el factor territorial del proceso de la referencia.

FRENTE AL HECHO “4”. NO ES CIERTO, como lo relata la parte demandante, comoquiera que, de forma deliberada, la parte demandante omite señalar que la factura señalada NO presta mérito ejecutivo, esto en el sentido de que no cumple con los requisitos establecidos para dicho título valor.

Lo anterior, por cuanto de las pruebas documentales aportadas por la ejecutante se puede colegir que en el presente caso no existe una obligación clara, expresa y exigible, y por ende no se puede alegar de que haya fenecido plazo alguna para el pago, pues si bien la parte demandante sí está obligada a presentar a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO 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.

Aunque el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece un plazo para el pago de reclamaciones del

SOAT, esta obligación está sujeta a los mismos procesos de revisión y verificación que permiten a la aseguradora realizar objeciones o aplicar glosas cuando sea necesario. La normativa permite a la aseguradora examinar el cumplimiento de los requisitos contractuales y normativos antes de efectuar el pago, por lo que no se trata de una obligación incondicional ni automática que se encuentra en la obligación legal y constitucional de garantizar el pago de los servicios de salud en atención de urgencias, y los que se requieran como consecuencia de la atención inicial, hasta que el paciente sea dado de alta u objeto de remisión, prestados a las personas que hayan contratado y/o sean beneficiarios del SOAT, toda vez que los documentos base de la presente ejecución no cumplen a cabalidad con los requisitos exigidos en el artículo 422 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO “5”. NO ES CIERTO, que surja para mi representada la obligación del pago de la mora regulada en el artículo 1080 del Código de Comercio, dado que, aun no existe una obligación clara exprese y exigible, pues las facturas de la presente demanda no se pueden considerar irrevocablemente aceptadas, pues si bien la parte demandante sí está obligada a presentar a LA EQUIDAD SEGUROS OC 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. Aunque el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece un plazo para el pago de reclamaciones del SOAT, esta obligación está sujeta a los mismos procesos de revisión y verificación que permiten a la aseguradora realizar objeciones o aplicar glosas cuando sea necesario. La normativa permite a la aseguradora examinar el cumplimiento de los requisitos contractuales y normativos antes de efectuar el pago, por lo que no se trata de una obligación automática que se encuentra en la obligación legal y constitucional de garantizar el pago de los servicios de salud en atención de urgencias, y los que se requieran como consecuencia de la atención inicial, hasta que el paciente sea dado de alta u objeto de remisión, prestados a las personas que hayan contratado y/o sean beneficiarios del SOAT, toda vez que los documentos base de la presente ejecución no cumplen a cabalidad con los requisitos exigidos en el artículo 422 del C.G.P., puesto que las obligaciones que aquí se discuten no son en ningún caso claras, expresas y exigibles.

FRENTE AL HECHO “6”. NO ES CIERTO, que las facturas aportadas por la CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, configuren un título valor con una obligación clara expresa y exigible, lo anterior, en tanto el Decreto 0780 del 06 de mayo de 2016 en su artículo 2.5.3.4.10 señala que los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago la factura de venta con los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección social, este último, por medio de resolución N, 0002284 de 2023, determino que se requieren como soportes todos aquellos que respaldan los servicios de salud prestado y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS el cual se encuentra regulado en el Decreto 3374 de 2020, a la luz de la precitada normativa la factura de venta y los soportes no cumplen a cabalidad con los preceptuados por la norma, por lo que, no se podría hablar de que existe una factura de venta que obre como título valor.

FRENTE AL HECHO “7”. No es un hecho es una manifestación por parte del ejecutante, sin perjuicios de lo anterior, es menester señalar que en el presente caso no existe un título valor pues (i) no se reúnen los requisitos formales establecidos en el Decreto 441 DE 2022 en su artículo 2.5.3.4.1, así como en la resolución 0002284 de 2023 (ii) la obligación no nace con la presentación de la factura de venta y soportes, puesto que, aunque el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece un plazo para el pago de reclamaciones del SOAT, esta obligación está sujeta a los mismos procesos de revisión y verificación que permiten a la aseguradora realizar objeciones o aplicar glosas cuando sea necesario.

FRENTE AL HECHO “8”. NO ES CIERTO, La parte demandante afirma que, a la fecha de radicación de la demanda, no ha recibido notificación alguna de glosas u objeciones por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO respecto de las 22 facturas que sirven de base para el recaudo, sin embargo, dicha afirmación carece de sustento probatorio y no consta en el expediente prueba alguna que permita acreditar dicha circunstancia. Además, se recuerda que en el presenta caso no existe una obligación clara, expresa y exigible.

FRENTE AL HECHO “9”. No es un hecho, es una citación jurisprudencial, con una apreciación subjetiva con el cual la entidad demandante pretende derivar con dicha providencia la exigibilidad ejecutiva automática de las facturas y soportes, sin verificar previamente su naturaleza jurídica y el cumplimiento de los requisitos legales para su cobro coactivo.

FRENTE AL HECHO “10”. No es un hecho relevante para el desarrollo del proceso; No obstante, revisada la demanda y sus anexos se comprueba la existencia del poder conferido para la representación judicial.

II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDADA EJECUTIVA

FRENTE A LA PRETENSIÓN “PRIMERA”: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte demandante, toda vez que la misma carece de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Lo anterior, en tanto, el documento sobre el cual se pretende se libre mandamiento de pago, esto es, las facturas presuntamente presentadas por la parte demandante, no cumple con los requisitos formales de un título ejecutivo, al no contener una obligación clara, expresa y exigible, por cuanto (i) las facturas no cumple con los requisitos formales establecidos en el Decreto 441 DE 2022 en su artículo 2.5.3.4.1, así como en la resolución 0002284 de 2023 y el artículo 774 del Código de Comercio

Además, el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece un plazo para el pago de reclamaciones del SOAT, esta obligación está sujeta a los mismos procesos de revisión y verificación que permiten a la aseguradora realizar objeciones o aplicar glosas cuando sea necesario. La normativa permite a la aseguradora examinar el cumplimiento de los requisitos contractuales y normativos antes de efectuar

el pago, por lo que no se trata de una obligación incondicional ni automática que se encuentra en la obligación legal y constitucional de garantizar el pago de los servicios de salud en atención de urgencias, y los que se requieran como consecuencia de la atención inicial, hasta que el paciente sea dado de alta u objeto de remisión, prestados a las personas que hayan contratado y/o sean beneficiarios del SOAT, toda vez que los documentos base de la presente ejecución no cumplen a cabalidad con los requisitos exigidos en el artículo 422 del C.G.P., puesto que las obligaciones que aquí se discuten no son en ningún caso claras, expresas o exigibles, toda vez que tales títulos fueron objetados por EQUIDAD SEGUROS OC. justamente por carecer de requisitos o presentar irregulares que ocasionan incertidumbre sobre la obligación presentada a cobro.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDA”: ME OPONGO, a la prosperidad de esta petición de condena en costas del proceso y agencias en derecho, toda vez que, se reitera, mi representada no tienen ninguna obligación derivada de los hechos descritos en el escrito genitor. Por tal motivo solicito que, en vista de que no se identifica ninguna actuación que refleje la necesidad de un reproche jurídico por parte de la demandada, se condene en costas a los demandantes, pues sometió a mi prohijada, sin justificación ni respaldo probatorio alguno, al agotamiento innecesario de estas instancias judiciales.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA EJECUTIVA

1. PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO (ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO) – A CREDITACIÓN DE LOS PRESUPUESTOS DEL ART. 94 DEL C.G.P.

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA 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 desde el año 2022 al año 2023. 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.

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. (...) (subrayado fuera del texto original)

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 (...) (subrayado fuera del texto original)

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». (...)” (subrayado fuera del texto original)

Descendiendo al caso concreto, tenemos que las primeras 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. Para el caso que nos ocupa, para tres de las facturas presentadas, se configura la prescripción ordinaria de 2 años en el 2024, las cuales procedo a relacionar:

FACTURA	Fecha de Egreso del Paciente	Fecha de Prescripción (+ 2 años)
42190	24/06/2022	24/06/2024
42189	22/06/2022	22/06/2024
42191	19/09/2022	19/09/2024

Respecto a lo anterior es importante señalar que la demanda por parte de CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA se presentó el pasado 5 de octubre de 2023, lo cual interrumpe el término de prescripción, siempre y cuando el auto que libra mandamiento de pago se notifique dentro del año siguiente, lo anterior a la luz del artículo 94 del Código General del Proceso, que señala:

“La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la

notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.”

Pues bien, en el presente caso, el auto que libra mandamiento de pago tiene fecha del 7 de noviembre de 2023, fue notificado por estado el 8 de noviembre de la misma anualidad, y la notificación a mi representada se realizó el 21 de noviembre de 2023 es decir un año, un mes y tres días después de la radicación de la demanda. Es decir que, la interrupción de la prescripción no se dio, por lo cumplir con el presupuesto establecido en la precitada normativa y, por lo tanto, todas las facturas que vencieran antes del 24 de noviembre de 2024 se encuentran prescritas.

En tal sentido, se realizará el estudio de la prescripción de las tres facturas antes señaladas:

Respecto de la factura No. 42190:

- Inicio del término de prescripción bienal: 24 de junio de 2022
- Auto que libra mandamiento de pago: 7 de noviembre de 2023
- Notificación del auto al demandante: 8 de noviembre de 2023
- Notificación del auto al demandado: 21 de noviembre de 2024

Regla aplicable (art. 94 CGP):

La presentación de la demanda interrumpe la prescripción, siempre que el auto (admisorio o mandamiento ejecutivo) se notifique al demandado dentro del año siguiente al día siguiente a la notificación al demandante.

Cómputo del año para que la interrupción sea eficaz:

- Día siguiente a la notificación al demandante: 9 de noviembre de 2023
- Vence el plazo de 1 año: 9 de noviembre de 2024

Notificación al demandado fue el 21 de noviembre de 2024, es decir:

- 12 días después de vencido el año
- Por tanto, fuera del plazo legal para que la interrupción sea válida.

La interrupción de la prescripción no fue eficaz, porque el mandamiento de pago no se notificó al demandado dentro del año siguiente a la notificación al demandante, como lo exige el artículo 94 del CGP.

Por ende:

- El término de prescripción bienal se reanuda después del 8 de noviembre de 2023.
- Como ya había transcurrido 1 año, 4 meses y 15 días hasta esa fecha,
- Solo restaban 7 meses y 15 días para completarse la prescripción.

Ese plazo se venció el: 25 de junio de 2024 y la notificación a la demanda solo se dio para el 24 de noviembre de 2024, es decir, cuando la prescripción ya se había consolidado.

Respecto de la factura No. 42189

- Inicio del término de prescripción bienal: 22 de junio de 2022
- Auto que libra mandamiento de pago: 7 de noviembre de 2023

- Notificación del auto al demandante: 8 de noviembre de 2023
- Notificación del auto al demandado: 21 de noviembre de 2024

Regla aplicable (art. 94 CGP):

La presentación de la demanda interrumpe la prescripción, siempre que el auto (admisorio o mandamiento ejecutivo) se notifique al demandado dentro del año siguiente al día siguiente a la notificación al demandante.

Cómputo del año para que la interrupción sea eficaz:

- Día siguiente a la notificación al demandante: 9 de noviembre de 2023
- Vence el plazo de 1 año: 9 de noviembre de 2024

Notificación al demandado fue el 21 de noviembre de 2024, es decir:

- 12 días después de vencido el año
- Por tanto, fuera del plazo legal para que la interrupción sea válida.

La interrupción de la prescripción no fue eficaz, porque el mandamiento de pago no se notificó al demandado dentro del año siguiente a la notificación al demandante, como lo exige el artículo 94 del CGP.

Por ende:

- El término de prescripción bienal se reanuda después del 8 de noviembre de 2023.
- Como ya había transcurrido 1 año, 4 meses y 17 días hasta esa fecha,
- Solo restaban 7 meses y 13 días para completarse la prescripción.

Ese plazo se venció el: 22 de junio de 2024 y la notificación a la demanda solo se dio para el 24 de noviembre de 2024, es decir, cuando la prescripción ya se había consolidado.

Respecto de la factura No. 42191

- Inicio del término de prescripción bienal: 19 de septiembre de 2022
- Auto que libra mandamiento de pago: 7 de noviembre de 2023
- Notificación del auto al demandante: 8 de noviembre de 2023
- Notificación del auto al demandado: 21 de noviembre de 2024

Regla aplicable (art. 94 CGP):

La presentación de la demanda interrumpe la prescripción, siempre que el auto (admisorio o mandamiento ejecutivo) se notifique al demandado dentro del año siguiente al día siguiente a la notificación al demandante.

Cómputo del año para que la interrupción sea eficaz:

- Día siguiente a la notificación al demandante: 9 de noviembre de 2023
- Vence el plazo de 1 año: 9 de noviembre de 2024

Notificación al demandado fue el 21 de noviembre de 2024, es decir:

- 12 días después de vencido el año
- Por tanto, fuera del plazo legal para que la interrupción sea válida.

La interrupción de la prescripción no fue eficaz, porque el mandamiento de pago no se notificó al demandado dentro del año siguiente a la notificación al demandante, como lo exige el artículo 94 del

CGP.

Por ende:

- El término de prescripción bienal se reanuda después del 8 de noviembre de 2023.
- Como ya había transcurrido 1 año, 1 mes y 20 días hasta esa fecha,
- Solo restaban 8 meses y 15 días para completarse la prescripción.

Ese plazo se venció el: 19 de septiembre de 2024 y la notificación a la demanda solo se dio para el 24 de noviembre de 2024, es decir, cuando la prescripción ya se había consolidado.

2. INEXISTENCIA DE UN TÍTULO EJECUTIVO (COMPLEJO) - EN ESTE CASO SE ESTÁN COBRANDO TÍTULOS COMPLEJOS, QUE HAN SIDO APORTADOS DE MANERA INCOMPLETA O PARCIAL - FALTA DE UNA OBLIGACIÓN CLARA, EXPRESA Y EXIGIBLE.

Debe indicarse al despacho que en el caso concreto y como se expondrá con suficiencia como uno de los argumentos válidos que componen el recurso interpuesto que la obligación que compone el acreditar a través de los documentos que soportan la demanda ejecutiva, estos debe contener una obligación clara, expresa y exigible que constituyan plena prueba de lo reclamado, lo que claramente en el caso concreto no se cumple, en suma de los requisitos que establece la ley en el caso de marras como lo son la facturas de prestación de servicio por SOAT, atendiendo a que subsiste una inconsistencia de los requisitos en las mismas, pues no cumplen a cabalidad con los requisitos que la ley exige y considerar que las mismas cobran validez con una mera constancia de aceptación contraria el precedente jurisprudencial del caso. En tanto con las mismas (i) En las facturas de venta se omitió establecer el número de póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (ii) Se omitió allegar las pólizas de seguros de la mayoría de las facturas referidas y aportadas. (ii) No le fue aportado a algunas facturas el formulario de reclamación que se exige para estos casos. (iii) En algunos casos se encuentran diligenciado de forma errónea al indicar un número de factura diferente a la que se estaba cobrando. (iv) En algunos casos el FURIPS allegado no corresponde a la factura. Así mismo se allegan facturas repetidas, que cobran los mismos insumos y procedimientos trasgrediendo lo dispuesto en el Decreto 056 de 2015.

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. (...)*

Lo anterior sirve para indicar con respeto al despacho que la naturaleza compleja del título cuando se pretende recoger obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud por utilización de las pólizas de SOAT es compleja tal y como se ha sostenido en precedente jurisprudencial, siendo menester hacer referencia a las siguientes exposiciones:

“Al contrastar dichos razonamientos con lo revelado en el punto 1.1. de estas disertaciones, de entrada se vislumbra la configuración de la infracción denunciada, toda vez que la iudex censurada se apartó del «precedente» fijado por esta Corte

acerca de la constitución del «título» cuando se anhela la cancelación de «facturas relacionadas con la prestación de servicios de salud derivados de la ocurrencia de accidentes de tránsito» , al asegurar que «para que las facturas se entiendan como verdaderos títulos ejecutivos y se pueda exigir a su tenor literario e independiente basta con que las mismas hubiesen sido aceptadas», cuando, según se acaba de exponer, por ostentar la condición de «complejo», aquellas deben ser radicadas junto con los soportes definidos en las normas especiales que regulan el trámite para su pago, esto es, los Decretos 663 de 1993 y 3990 de 2007, en armonía con los artículos 1053 y 1077 del Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

Ahora bien, la «aceptación» de las «facturas» no supe la anterior exigencia, como al parecer lo entiende el despacho confutado, puesto que la «ausencia» de «objeción y glosas» no desaparece el carácter de «complejo» del «título» que se presenta para recaudo tratándose de «obligaciones» como las que aquí se tratan, de suerte que, el estudio efectuado por la referida «autoridad» al abordar el ataque exteriorizado por la ejecutante, alejado de la «hermenéutica» ilustrada, no fue el correcto, por lo que es claro que la «tutela» se debe abrir paso, para restablecer las garantías conculcadas.

Y, es que, del cartapacio digital se alcanza a divisar, por ejemplo, que en el caso de las «facturas» n° 8484, 7281 y 14996, no se anexaron junto a estas los «certificados de atención médica para víctimas de accidente de tránsito», mientras que en lo que toca con las 8783 y 10358, no se adjuntaron la copia del «SOAT» y el «formato único de reclamación... por servicios por servicios prestados a las víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito», respectivamente, por lo que surge palmaria la necesidad de escudriñar, a la luz del «precedente» ilustrado, el «mérito ejecutivo» de los «instrumentos» adosados a la «ejecución reprochada».

2.- Como colofón, dado que la «juez accionada» no «aplicó precedente» tantas veces mencionado, puesto que le dio una mirada restringida a los «documentos objeto de cobro» al evaluarlos como simples «título valor» conforme las normas mercantiles, olvidando que los «requisitos del título» cuando se trata de «facturas relacionadas con la prestación de servicios de salud derivados de la ocurrencia de accidentes de tránsito» deben cotejarse también bajo las disposiciones especiales que las regulan, es incuestionable que el resguardo debe concederse¹

Es así que, jurisprudencialmente se han aclarado las condiciones para que el título tenga validez, por cuanto al ser complejo requiere entonces su radicación con los soportes definidos por normas especies, atendiendo entonces a que las facturas que pretenden cobrarse en primer lugar no especifican el número del SOAT, no en todos los casos se acompañan de certificados de atención médica para

¹ STC 14094-2022 Radicación n° 13001-22-13-000-2022-00475-01 Corte Suprema de Justicia, 21 de octubre de 2022

víctimas de accidente de tránsito, así como tampoco incluyen una copia del SOAT y el respectivo formato único de reclamaciones por servicios prestados a las víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito presentan algunas inconsistencias, lo que los deja sin mérito ejecutivo y por consiguiente sin validez alguna para su cobro. Lo anterior goza de fundamento suficiente no solo en el aparte citado, encontrando entonces su línea conceptual de desarrollo en: STC2064-2020, que citó la STC19525- 2017, STC3056-2021, STC1991-2022, STC14164- 2017, STC16048-2021 y STC1912-2022.

Sobre el particular, indicó la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia (**STC 10912 de 2023**):

*“Ahora, revisada la jurisprudencia de la Sala sobre el punto, ciertamente la Corte, al resolver acciones constitucionales, ha señalado que para obtener el pago de facturas por servicios de salud a personas amparadas con el SOAT se requiere la constitución de un «título complejo», **el cual debe estar integrado por los «Formularios de reclamación, según el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, certificado médico de atención, formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, y la factura y fotocopia de la póliza»** (STC19525-2017). Lo cual constituye una regla jurisprudencial que, por tanto, debe ser atendida por los administradores de justicia”*

Quiere decir lo anterior, que, para el presente caso al tratarse de facturas derivadas de la prestación de servicios de salud a pacientes con cargo al SOAT, las facturas aportadas por la parte ejecutante ostentan la condición de títulos complejos, al formar una unidad jurídica los documentos que hacen parte integrante de la factura, para así poder tenerla como título que preste mérito ejecutivo y pueda demandarse ejecutivamente.

Además, pues resulta evidente que dicho mandamiento vulnera los presupuestos legales establecidos en el artículo 422 del Código General del Proceso, al no verificarse la existencia de una obligación clara, expresa y exigible como base del título ejecutivo, pues si se tiene como génesis el conjunto de hechos y pruebas allegadas por la misma parte actora, las cuales no cumplen con los requisitos para soportar una acción ejecutiva contra mi representada, se encuentra patente la carencia de título ejecutivo que sea claro, expreso y exigible, tornando improcedente la acción presentada en contra de mi representada.

La parte demandante presentó ante su Despacho, demanda ejecutiva basada en la existencia de diversas facturas cambiarias de venta, libradas con ocasión de la supuesta prestación de servicios médicos y quirúrgicos a víctimas de accidentes de tránsito, atendiendo múltiples contratos de seguro obligatorio contra accidentes de tránsito SOAT. Para acreditar la mencionada existencia del título valor, el extremo activo de este litigio aportó al Despacho 22 facturas de venta cuyo supuesto origen es el

suministro de servicios médicos por concepto del SOAT, prestados por parte de CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTA, a usuarios amparados por SOAT emitido por la EQUIDAD SEGUROS O.C.

No obstante, se deberá tener en cuenta por el Juzgador que de los documentos aportados se desprende la inexistencia del pretendido título ejecutivo que lo habilite para librar mandamiento de pago en contra de mi prohijada; ello en razón del artículo 26 del Decreto 56 del 2015, por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

Al respecto téngase en cuenta las siguientes observaciones que constata de casi todas las facturas no cumplen con los requisitos formales de un título ejecutivo:

- (i) La factura de venta omite señalar el Número de la póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
- (ii) Se omitió allegar las pólizas de seguros de muchas de las facturas referidas y aportadas.
- (iii) En algunos casos el formulario de reclamación se encuentra diligenciado de forma errónea al indicar un número de factura diferente a la que se estaba cobrando.
- (iv) En algunos casos el FURIPS allegado no corresponde a la factura.
- (v) Omitió allegar soporte de radicación de la factura.
- (vi) En todos los casos se omite *Fecha de inicio del período de la facturación enviada solo se tiene la fecha de expedición de la factura.*

Lo anterior, como se evidencia de las anteriores observaciones de cada Póliza:

FACTURA	FECHA DE FACTURA	SALDO ACTIVO	OBSERVACIONES
41988	07/02/2023	\$ 10.597.151,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT. El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación Falta la Póliza SOAT Omite el comprobante de prestación de servicios de salud
42178	11/02/2023	\$ 1.954.000,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT. Falta la Póliza SOAT -
42267	14/02/2023	\$ 1.332.800,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT. El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación

42269	14/02/2023	\$ 850.600,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT. El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación Falta la Póliza SOAT
42307	14/02/2023	\$ 648.100,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT
42268	14/02/2023	\$ 110.200,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación Omite el comprobante de prestación de servicios de salud
42270	14/02/2023	\$ 195.000,00	Falta la Póliza SOAT – La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación
42305	14/02/2023	\$ 89.700,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT Falta la Póliza SOAT El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación
42190	11/02/2023	\$ 5.106.857,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación y esta incompleto Falta la Póliza SOAT -
42395	17/02/2023	\$ 8.299.654,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación Falta la Póliza SOAT -
42598	21/02/2023	\$ 64.500,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación
43344	08/03/2023	\$ 426.800,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación
43084	03/03/2023	\$ 3.508.000,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT - El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación
42396	17/02/2023	\$ 61.900,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT - El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación Falta la Póliza SOAT
43082	03/03/2023	\$ 320.238,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT - El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación
43312	03/03/2023	\$ 137.700,00	factura de venta omite el número de la Póliza SOAT - El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación
43313	08/03/2023	\$ 117.300,00	Falta la Póliza SOAT -
42189	11/02/2023	\$ 52.644,00	Aporta los mismos soportes de la factura 42190, por los mismos hechos de 22 de junio de 2022
42191	11/02/2023	\$ 42.406,00	factura de venta omite el número de la Póliza SOAT - El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación

42657	22/02/2023	\$ 16.050,00	El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación y está incompleto
43314	08/03/2023	\$ 22.575,00	La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT - El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación
43337	08/03/2023	\$ 648.200,00	Falta la Póliza SOAT -

Es por ello que, de los documentos aportados por la parte demandante, no se evidencia constancia de que fueron radicados atendiendo a los requisitos anteriormente esgrimidos, ni mucho menos se aportan a la demanda en cuestión, razón por la cual, resulta improcedente el reconocimiento de estos valores vía mandamiento de pago, cuando es claro que no existe aún título ejecutivo, por no acreditarse la prestación de estos servicios bajo los presupuestos de los artículos precitados.

En conclusión, las facturas allegadas no cumplen con los requisitos para ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo, al no haberse allegado de manera completa los documentos requerido o estar incompletos y de los cuales se han hecho referencia, es decir: (i) Se omitió allegar las pólizas de seguros en la mayoría de las facturas referidas y aportadas. (ii) No le fue aportado a algunas facturas el formulario de reclamación que se exige para estos casos. (iii) En algunos casos se encuentran diligenciado de forma errónea pues omiten información o faltan hojas. (iv) En algunos casos el FURIPS allegado no corresponde a la factura. (v) Se Omitió allegar soporte de radicación de la factura. (vi) Así mismo se allegan facturas repetidas, que cobran los mismos insumos y procedimientos., de deberá ordenar revocar el auto que libra mandamiento de pago, y en su lugar, abstenerse de seguir con la orden de pago respecto de los caratulares atrás analizados.

3. PAGO TOTAL Y/O PARCIAL DE LAS FACTURAS.

Sin perjuicio de que en la presente actuación el demandante ha pretendido estructurar un título ejecutivo con base en un conjunto de facturas supuestamente impagas, es deber de esta parte poner de presente al Despacho que, contrario a lo afirmado en el libelo introductorio, respecto de un número significativo de dichas facturas ya se han realizado pagos totales o parciales por parte de EQUIDAD SEGUROS OC., los cuales no han sido reconocidos por el demandante. En efecto, conforme se demostrará en el proceso respecto de los pagos realizados, lo cierto es que tales pagos han existido y se han llevado a cabo conforme a los usos y costumbres mercantiles propios del sector asegurador. Estos pagos, realizados a través de los canales ordinarios y sobre los cuales existen registros contables y bancarios en poder de las partes, impactan directamente la certeza del título que se pretende hacer valer, generando incertidumbre sobre la existencia, exigibilidad y monto actual de la obligación, lo que impide la procedencia de la acción ejecutiva en los términos planteados. Así las cosas, es evidente que la totalidad de lo reclamado en este proceso no corresponde a una deuda actual y líquida, ya que el saldo por pagar, si lo hubiere, debe ser objeto de depuración y confrontación con los pagos efectuados a lo largo de la relación entre las partes.

Ante este panorama, es preciso indicar que la legislación nacional ha considerado como la forma por

excelencia de extinguir las obligaciones, el pago de las mismas. Lo anterior, al tenor de lo señalado por el artículo 1625 del C.G.P:

“ARTÍCULO 1625. <MODOS DE EXTINCION>. Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula.

Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:

1o.) Por la solución o pago efectivo.

2o.) *Por la novación.*

3o.) *Por la transacción.*

4o.) *Por la remisión.*

5o.) *Por la compensación.*

6o.) *Por la confusión.*

7o.) *Por la pérdida de la cosa que se debe.*

8o.) *Por la declaración de nulidad o por la rescisión.*

9o.) *Por el evento de la condición resolutoria.*

10.) *Por la prescripción.*

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

Así las cosas, al evidenciarse la realización de pagos —totales o parciales— como se probará en el proceso, respecto de las facturas que sirven de base a esta ejecución, resulta jurídicamente improcedente que el proceso continúe sin antes establecer con precisión y rigor el verdadero estado de cuenta entre las partes. No puede pretenderse hacer uso del proceso ejecutivo como un medio de cobro desproporcionado y contrario a la realidad contable, cuando existen antecedentes de cumplimiento que inciden directamente sobre la legitimidad del crédito. Por tanto, se impone el reconocimiento de esta excepción, en aras de salvaguardar la legalidad del proceso y evitar un eventual enriquecimiento sin causa a favor del demandante.

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, pues como se probará en el transcurso del proceso, las facturas emitidas por CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA fueron objetadas y glosadas en su valor total y la parte demandante omitió efectuar la respectiva subsanación de las mismas. Por esta razón, dichas glosas u objeciones se entienden aceptadas y por lo mismo, resulta imposible aducir 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 suministrados 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.

En el caso concreto, es necesario indicar que mi representada, formuló las respectivas glosas y objetó la totalidad de las facturas emitidas por la sociedad demandante. 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.**

En este punto es de suma importancia que en el presente asunto nos encontramos frente a una negación indefinida. Es decir, será la parte demandante quien deba demostrar que si respondieron en tiempo y forma a las glosas y devoluciones hechas a cada una de las facturas presentadas ante mi representada., y que hoy son objeto de litigio.

Es menester señalar que al tenor literal del artículo 167 del Código General del Proceso en su último inciso, *los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba.* Frente al concepto o noción de afirmación o negación indefinida la Sección Segunda del Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo C.P. Alvaro Lecompte Luna se pronunció en Sentencia de 7 de octubre de 1992 indicando lo siguiente:

*“Sobre este aspecto han sido unánimes las jurisprudencias de la Corte Suprema de Justicia y del Consejo de Estado al, considerar que las afirmaciones o **negaciones indefinidas** son aquellas que ni indirecta o implícitamente conllevan ninguna afirmación o negación opuesta; que no sólo son indeterminables en el tiempo y en el espacio, sino que, en la práctica no son susceptible de probar por medio alguno”*³.

Así las cosas, como se demostrará en el transcurso del proceso, mi representada 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 LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, subsanar las glosas, aceptarlas o justificar que no tenían lugar. No obstante, como aquello no ocurrió, es entendido que tales inconformidades fueron ACEPTADAS por el demandante y por lo mismo, no existe ninguna obligación de pago a cargo de mi procurada.

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

³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Consejero Ponente: Alvaro Lecompte Luna, 7 de octubre de 1992, Radicación número 4442.

Precisamente frente a este particular se pronuncia el artículo 2.5.3.4.4.2 del Decreto 780 de 2016, en el cual se señala lo siguiente

“La aceptación de las glosas por parte del prestador de servicio de salud ocurre de forma expresa cuando dicha entidad informa de ello a la entidad responsable de pago, o de forma tácita, si transcurridos los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el prestador de servicio de salud no se pronuncia respecto de las glosas formuladas”.

En efecto, y al tenor de lo hasta ahora expuesto, CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA , no tiene ni ha aportado en el proceso prueba que demuestre que se procuró de manera oportuna frente a las glosas, por lo cual, nos estaríamos enfrentando a un escenario donde operó una aceptación tácita de las glosas, y de allí entonces que el pago de las facturas de venta que sustentan las pretensiones de la demanda sea nulo o inexistencia.

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

5. LOS DOCUMENTOS NO CONSTITUYEN UNA OBLIGACIÓN CLARA, EXPRESA Y EXIGIBLE, DADO EL INCUMPLIMIENTO DEL NUMERAL 3 DEL ARTÍCULO 5 DEL DECRETO 3227 DE 2009

Con respecto a las facturas emitidas por la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA se encuentra que dichas facturas relacionadas en la demanda, la ausencia del requisito establecido en el numeral 3 del artículo 5 del Decreto 3227 de 2009, que dispone:

“Artículo 5°. En caso de que el emisor vendedor del bien o prestador del servicio entregue una copia de la factura al comprador del bien o beneficiario del servicio, en espera de la aceptación expresa en documento separado o de la aceptación tácita, se aplicarán las siguientes reglas:

3. En el evento en que operen los presupuestos de la aceptación tácita, el emisor vendedor del bien o prestador del servicio deberá incluir en la factura original y bajo la gravedad de juramento, una indicación de que operaron los presupuestos de la aceptación tácita, teniendo en cuenta para el efecto la fecha de recibo señalada en el numeral anterior.”

Del estudio de las facturas allegadas al proceso, es claro que en ninguno de los títulos valores, se da cumplimiento al requisito precitado, puesto que, en ninguna factura, la clínica de FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, realiza bajo gravedad de juramento, la indicación de que en ese título operaron los presupuestos de la aceptación tácita. Requisito que resulta necesario en los términos del mencionado artículo, puesto que es en el título mismo en que el emisor debe consignar bajo la gravedad de juramento

que operaron los supuestos de aceptación tácita. De manera que al no encontrarse cubierto tal requerimiento, no procede el cobro vía mandamiento ejecutivo por estos títulos.

Así las cosas, dado que en el caso concreto no se dio cabal cumplimiento a los requisitos contenidos en el Decreto 3227 de 2009, no resulta exigible para mi representada. Razón por la cual, se solicita al juzgado, revocar el mandamiento de pago por estas facturas, habida cuenta de que se encuentra probado que no cumplieron con el requisito establecido en el numeral 3 artículo 5 del Decreto 3227 de 2009.

6. LA OBLIGACIÓN NO ES EXIGIBLE POR CUANTO NO SE CUMPLEN LOS REQUISITOS DEL DECRETO ÚNICO DEL SECTOR SALUD. (Decreto 780 de 2016).

El Decreto 0780 del 06 de mayo de 2016 “*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Salud*”, dispuso en su artículo 2.5.3.4.10 las indicaciones expresas sobre los soportes de las facturas de prestación de servicios, así:

“Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social”.

Así las cosas, en el entendido del precitado, es clara la obligación del prestador del servicio de salud, de allegar junto a las facturas los soportes que ha establecido el Ministerio de Salud y que mencionaré más adelante, ahora bien, dentro del plenario no se observa que la parte Demandante haya cumplido lo previsto en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Salud.

Sobre el particular, es necesario traer a colación el artículo 167 del Código General del Proceso, el cual a su tenor dispone:

“ARTÍCULO 167. CARGA DE LA PRUEBA. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

No obstante, según las particularidades del caso, el juez podrá, de oficio o a petición de parte, distribuir, la carga al decretar las pruebas, durante su práctica o en cualquier momento del proceso antes de fallar, exigiendo probar determinado hecho a la parte que se encuentre en una situación más favorable para aportar las evidencias o esclarecer los hechos controvertidos. La parte se considerará en mejor posición para probar en virtud de su cercanía con el material probatorio, por tener en su poder el objeto de prueba, por circunstancias técnicas especiales, por haber intervenido

directamente en los hechos que dieron lugar al litigio, o por estado de indefensión o de incapacidad en la cual se encuentre la contraparte, entre otras circunstancias similares.

Cuando el juez adopte esta decisión, que será susceptible de recurso, otorgará a la parte correspondiente el término necesario para aportar o solicitar la respectiva prueba, la cual se someterá a las reglas de contradicción previstas en este código.

*Los hechos notorios y las afirmaciones o **negaciones indefinidas no requieren prueba***" (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Téngase en cuenta que las negaciones indefinidas son aquellas que ni indirecta o implícitamente conllevan ninguna negación opuesta, que no sólo son indeterminables en el tiempo y en el espacio, sino que, en la práctica, no requieren de prueba tal y como lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso.

Al respecto la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, magistrado ponente Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo, expediente (2000-133) mediante Sentencia del 28 de febrero de 2007 dispuso lo siguiente:

*"Es decir, existe un deber ex lege de comunicar hechos que inciden en la estructura y dinámica del riesgo previamente amparado. En el caso del artículo 1061, en lo que respecta a su origen o fuente, al mismo tiempo que a su teleología, la prestación es enteramente diferente, puesto que **la garantía constituye una promesa de conducta (hacer o no hacer), o de afirmación o negación que otorga el tomador o asegurado en relación con la existencia de un determinado hecho, lo que supone, invariablemente, una declaración ex voluntate y, por ende, de claro contenido negocial, la que en tal virtud no se puede inferir o presumir, menos si se tiene en cuenta las drásticas secuelas derivadas de su inobservancia o quebrantamiento. Ello explica que sea menester que aflore o se evidencie "...la intención inequívoca de otorgarla**" (Subrayado y negrilla fuera de texto).*

Asimismo, respecto de las negaciones indefinidas, la Corte Suprema de Justicia ha manifestado:

"(...) que éstas se dividen en definidas e indefinidas, siendo las primeras aquéllas que tienen por objeto hechos concretos, limitados en tiempo y lugar, que presuponen la existencia de otro hecho de igual naturaleza, el cual resulta afirmado implícita o indirectamente, las segundas, en cambio, no implican, ni indirecta ni implícitamente, la afirmación de hecho concreto y contrario alguno.

Para las [definidas], el régimen relacionado con el deber de probarlas continúa intacto 'por tratarse de una negación apenas aparente o gramatical'; las [indefinidas], 'son de imposible demostración judicial, desde luego que no implican la aseveración de otro hecho alguno', de suerte que éstas no se pueden demostrar, no porque sean negaciones, sino porque son indefinidas (...)

Así entonces, dentro del presente asunto, nos encontramos ante una negación indefinida, en el sentido de que en el presente asunto no se logra acreditar el cumplimiento de las cargas contenidas en el artículo 2.5.3.4.10, que establece expresamente que las facturas deben allegarse con los correspondientes soportes establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos soportes, se encuentran expresamente estipulados en el Artículo 2.6.1.4.2.20 del mismo Decreto, además de disponer con total claridad, que para realizar la solicitud de pago de los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito, los prestadores de los servicios de salud deben radicar los soportes correspondientes a dichas facturas. Así:

“Artículo 2.6.1.4.2.20 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 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

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

3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:

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

3.2. *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.*

3.3. *Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.*

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

5. *Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.” 5(Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

En igual sentido, por medio de resolución N, 0002284 de 2023, se determinó que se requieren como soportes todos aquellos que respaldan los servicios de salud prestado antes señalados y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS el cual se encuentra regulado en el Decreto 3374 de 2020, y en su artículo CUARTO, dispone:

ARTÍCULO CUARTO. - *De los datos básicos que deben incluir los prestadores de servicios de salud en la descripción específica: De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 617 y 618 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 618-3 del mismo ordenamiento, en relación con los requisitos que deben cumplir las facturas, se establecen los siguientes datos que se deben registrar en la descripción específica de los servicios de salud prestados.*

Dichos datos básicos se refieren a la transacción, al servicio y al valor facturado por estos:

Datos relativos a la transacción: ·

Código de identificación del prestador del servicio de salud en el SGSSS, asignado por la Dirección Local, Distrital, Departamental de Salud, o por el Ministerio de Salud para las instituciones de su competencia:

- *Nombre o razón social cuando es una persona jurídica o apellidos y nombre del prestador cuando éste es un profesional independiente*

- *Tipo de documento de identificación del prestador*
- *Número del documento de identificación del prestador*
- *Número de la factura Hoja 4 de 4 RESOLUCION NUMERO 3374 DE 2000 Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados*
- *Fecha de expedición de la factura*
- *Fecha de inicio del período de la facturación enviada*
- *Fecha de finalización del período de la facturación enviada*
- *Código y nombre de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios o quien paga la factura Número de contrato, cuando se requiera*
- *Plan de beneficios*
- *Número de la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)*
- *Valor del pago compartido (Copago)*
- *Valor de la comisión a reconocer por la EPS, por los estudios diagnósticos realizados para confirmar enfermedad profesional*
- *Valor de descuentos*
- *Valor neto a pagar por la entidad contratante*

Por lo tanto, se tiene que se deberá acreditar la totalidad de los documentos requeridos por artículo 2.6.1.4.2.20 Decreto 0780 del 06 de mayo de 2016 y que además dichos documentos contengan todos los requisitos estipulados en el Decreto 3374 de 2020. En consecuencia, si las facturas no están acompañadas de los respectivos soportes y estos no cumplen a cabalidad con todos los requisitos mínimos, no se genera obligación en cabeza de mi representada EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

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

Una vez expuesto el numeral anterior y bajo el entendido de que en el presente caso no se encuentran los soportes de las respuestas a las glosas emitidas por EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. aun cuando tales documentos resultan necesarios dentro del trámite y requerimientos para el pago de la factura, es necesario indicar que en el proceso no existe prueba alguna frente a dicha alegación por parte de la demandante, y que a pesar de esto se pretenden cobrar bajo la sola afirmación, por lo que no sería factible su cobro si no se ha logrado acreditar el derecho a favor del demandante.

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”⁴ (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, es dable afirmar que existió un yerro al haber librado el mandamiento de pago, debido a que tal actuación se adelantó con el mero dicho del Demandante donde alega que EQUIDAD SEGUROS no emitió glosa alguna, cuando por el hecho de haber recibido pagos parciales, deben tener en su poder la respectiva respuesta por parte de la hoy demandada, siendo así deberán aportar pruebas pertinentes y útiles, a partir de la cual se acrediten debidamente las circunstancias fácticas expuestas en el libelo genitor.

Frente al particular, la Sección Tercera del Consejo de Estado mediante Auto del 15 de marzo de 2006, Exp. 30013 afirmó lo siguiente:

“(...) según esa disposición, las obligaciones ejecutables requieren de demostración documental en la cual se advierta la satisfacción de las condiciones tanto formales, como de fondo. Las primeras condiciones miran a que se trate de documento o

⁴ Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala Séptima. Sentencia del 24 de agosto de 2020. Rad. 2018-0034-01.

documentos que conformen unidad jurídica; que emanen del deudor o de su causante, de una sentencia de condena proferida por el juez o por árbitro, etc. Las segundas condiciones, de fondo, atañen a que de ese o esos documentos, con alguno de los orígenes indicados en la norma, aparezca a favor del ejecutante y a cargo del ejecutado una “obligación clara, expresa y exigible y además líquida o liquidable por simple operación aritmética si se trata de pagar una suma de dinero”⁵

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

8. EL PROCESO EJECUTIVO NO ES LA VÍA PROCESAL ACERTADA PARA RESOLVER EL OBJETO DE LA LITIS.

El derecho procesal consagra diversas clases de procesos dependiendo del objeto de la controversia, tales como declarativos, ejecutivos, liquidatarios, etc. Así, los procesos declarativos o de conocimiento son aquellos en los que se acude al juez para que, previo conocimiento de hechos y pruebas adopte una declaración, mientras que los ejecutivos el demandante acude ante el juez para hacer valer un derecho que es cierto e indiscutible, con base en un documento que contiene una obligación clara, expresa y exigible. Es decir, que en este último se parte de la certeza formal respecto de la existencia de un derecho, así como de su titular, y por cuyo conducto se pretende hacer exigible.

Como es bien sabido, a efectos de estar facultado para iniciar un proceso ejecutivo, es necesario acreditar la existencia del derecho que se busca exigir mediante la presentación de un documento proveniente del deudor y que contenga una obligación clara, expresa y exigible. De manera que, ante la ausencia de cualquiera de los requisitos del título ejecutivo, es evidente que se pone en tela de juicio la certeza del derecho y el trámite que se debe dar a la controversia será dentro de un proceso declarativo mediante el cual se determine si el que pretende ejecutar es titular del derecho que reclama.

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia mediante providencia del 21 de mayo de 2019 consejero ponente Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, señaló lo siguiente:

“Explicado de otra forma, sin título no hay ejecución porque la ley (hoy la regla 422 del Código General del Proceso, antes la 488 del Código de Procedimiento civil) exige para promover ese juicio de responsabilidad civil por el incumplimiento de una obligación, que el acreedor satisfaga, primero, ese específico estándar de prueba”⁶

En el caso objeto de estudio, es evidente que el documento que se presentó como título ejecutivo y con base en el cual se promovió la presente acción adolece de los requisitos para ser considerado como tal, de manera que, atendiendo a todos los argumentos esgrimidos a lo largo del presente recurso, la

⁵ Consejo de Estado. Sección Tercera. Auto del 15 de marzo de 2006. Expediente 30013

⁶ CSJ. AC1837-2019. Radicación n.º 11001-02-03-000-2019-01290-00. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo

controversia necesariamente debe ser conocida en un proceso declarativo, pues el ejecutante en realidad no es titular de un derecho cierto, o por lo menos, se encuentra en tela de juicio tal situación jurídica.

Por todo lo expuesto, no puede considerarse que en el presente caso el ejecutante cuenta con un derecho cierto e indiscutible que permita exigir su cumplimiento mediante un proceso ejecutivo, de manera que deberán someter la controversia a un proceso declarativo. En consecuencia, debe revocarse el mandamiento ejecutivo y rechazarse de plano la demanda.

9. IMPROCEDENCIA DEL COBRO DE FACTURAS GLOSADAS A PARTIR DEL COBRO EJECUTIVO- EXISTE UN PROCEDIMIENTO ESPECIAL QUE LA PARTE DEMANDANTE NO PUEDE OMITIR.

Esta excepción se propone, como quiera que el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el cual es incluso citado por la parte accionante en el líbello de la demanda, prevé un procedimiento especial para el trámite de las glosas, luego entonces es ese el procedimiento que se debe seguir, más aún, el mismo artículo señala cual es la autoridad que cuenta con la competencia para conocer de los desacuerdos que se susciten en este trámite, que es la Superintendencia Nacional de Salud, competencia que comparte con los jueces ordinario, y por ende, no es admisible que la parte demandante, pretenda para acudir a la jurisdicción ordinaria omitiendo por completo este procedimiento, pretendiendo el cobro de unas facturas que se encuentran prescritas o no cumplen con los requisitos de exigibilidad.

Lo primero que se debe decir es que, al tenor del literal f del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 *“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales el conocer de conflictos de similar naturaleza al que nos convoca a este litigio, veamos:

“ARTÍCULO 41. FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. *Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en lo siguientes asunto:*

(...)

f) **conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en salud.**

(...).”

En el mismo sentido, el penúltimo inciso del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el cual reglamente el

trámite de las glosas, indica en su tenor literal lo siguiente:

“ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) 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 la normatividad vigente. 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, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas envidas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguiente, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismo para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago”

Los términos a los cuales hace referencia el citado artículo son el término de veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos los soportes con que cuentan las entidades responsables del pago de servicios de salud para formular y comunicar a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, los quince (15) días hábiles siguientes a la recepción de la glosa con que cuentan los prestadores de servicios de salud para dar respuesta a las glosas, indicando su aceptación o justificando su no aceptación, y finalmente los diez (10) días hábiles siguientes a la

recepción de la respuesta, donde la entidad responsable del pago decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Véase que la norma citada indica que los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento. De esto se puede concluir entonces que el trámite de las glosas previsto en el artículo 1438 de 2011 precisamente lo que busca es que se llegue a una resolución sobre estas controversias que termine con el levantamiento total o parcial de las glosas, y el pago efectivo de los servicios facturados.

Ahora, esta misma norma indica que, en caso de persistir el desacuerdo entre las partes, es decir, entre la entidad responsable del pago y la institución prestadora de servicios de salud, respecto de las glosas, es ante la Superintendencia Nacional de Salud ante quien se debe acudir, para que sea esta en uso de su facultad de conciliación o de sus facultades jurisdiccionales a elección del prestado, para que sea esta quien resuelva el conflicto. Esto se refuerza al ver el artículo 135 de la Ley 1438 de 2011 el cual indica lo siguiente:

“ARTÍCULO 135. COMPETENCIA DE CONCILIACIÓN. *La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora de oficio o a petición de parte en los conflictos que surjan entre el administrador del Fosyga, las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios, las compañías aseguradoras del SOAT y entidades territoriales”.*

Además, lo dispuesto por el anteúltimo inciso del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 guarda plena coherencia con el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, el cual ya hemos citado con antelación en el presente pronunciamiento, y que dispone en su literal f) que la superintendencia nacional de salud podrá conocer y fallar en derecho, con las facultades propias de un juez en asuntos de conflictos derivadas de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Recientemente y sobre el particular la Honorable Corte Constitucional se pronunció a través del Auto 1716 de 2024, en donde dirimió un conflicto de competencia entre la Superintendencia Nacional de Salud- Supersalud, y los Juzgados Administrativos, respecto del cuál es el competente para conocer sobre los asuntos relacionados con las devoluciones o glosas a las facturas entre las entidades del SGSSS.

En el mencionado Auto la Corte Constitucional reiteró la regla de decisión que había establecido con anterioridad en el Auto 2032 de 2023, en el cual se afirmó que **la Supersalud es la autoridad competente para conocer de los conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre las entidades del SGSSS, en virtud de lo dispuesto por el artículo 116 de la**

Constitución y el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007. Precisamente y con base en esta última norma, que ya hemos citados líneas arriba, se resolvió el conflicto de competencia, pues de ella se desprende que la Supersalud en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales y con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios, tiene la competencia para conocer de los conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En este punto es importante resaltar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por El Estado, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las instituciones prestadoras de salud (IPS). Luego, con arreglo de lo señalado por la Corte Constitucional, la Ley 1122 de 2007 y el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y por ser las partes que integran la litis en el presente asunto de un lado Institución Prestadora de Salud (IPS) la parte demandante, es claro entonces que el presente conflicto por devolución de facturas o glosas es de competencia para su conocimiento de la superintendencia de salud.

A manera de síntesis, podemos decir entonces que esta excepción se fundamenta principalmente en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el cual tal como se puede ver en la transcripción que del mismo se ha hecho, prevé un procedimiento especial para el trámite de las glosas, trámite que la parte demandante no puede pretender dejar sin validez al acudir a la jurisdicción ordinaria, ya que, en todo caso, ese mismo artículo establece de manera privativa que es a la Superintendencia Nacional de Salud la autoridad a la cual el corresponde el conocer de los desacuerdos que se susciten en el trámite de las glosas.

Por lo anteriormente expuesto, amablemente solicito se dé por probada esta excepción.

10. ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA

Sin perjuicio de las manifestaciones esbozadas a lo largo de este escrito, a partir de las cuales se desprende que en efecto mi procurada no adeuda suma alguna en favor de la sociedad demandante, se propone esta excepción a efectos de advertir que, en el hipotético y remoto caso en que se accediera a las pretensiones del escrito demandatorio, se estaría permitiendo el enriquecimiento injustificado de la actora, habida cuenta que: mi representada, en cumplimiento diligente de sus deberes, informó debidamente a la CLINICA DE FRECTURAS Y ORTOPEDIA LTDA sobre la formulación de las objeciones y/o glosas radicadas frente a las facturas emitidas por la nombrada sociedad, sin que esta subsanara las mismas, circunstancia que, por ministerio de ley, implica que la hoy demandante ACEPTÓ las glosas y por tanto, exoneró a mi procurada de la eventual obligación de efectuar pagos posteriores. Bajo tales premisas fácticas y jurídicas, acceder a las pretensiones del escrito demandatorio configuraría un cobro de lo no debido y un enriquecimiento sin justa causa, figuras desde luego prohibidas en nuestro ordenamiento jurídico.

11. IMPROCEDENCIA DE LOS INTERESES DE MORA

En concordancia con las excepciones previamente expuestas, se solicita declarar la improcedencia del reconocimiento de intereses de mora reclamados por la parte demandante, al amparo del artículo 56 de la Ley 1438 de 2011. Si bien dicha disposición prevé que el incumplimiento en los plazos de pago genera intereses moratorios equivalentes a los previstos para los impuestos administrados por la DIAN, lo cierto es que en el presente asunto no hay lugar a reconocer dichos intereses, toda vez que, en primer lugar, no existió en ningún momento una obligación cierta, clara y exigible a cargo de mi representada, EQUIDAD SEGUROS S.A.

En efecto, la facturación presentada fue objeto de devolución mediante glosas debidamente formuladas por mi representada, las cuales no fueron subsanadas por la parte prestadora de los servicios de salud. En virtud de la normativa vigente, y según la práctica consolidada en el sector salud, la no subsanación de las glosas implica su aceptación tácita, lo que en consecuencia impide el nacimiento de la obligación principal. En otras palabras, al no configurarse una obligación válida de pago respecto de las facturas glosadas y no subsanadas, tampoco pueden surgir obligaciones accesorias como lo serían los intereses moratorios pretendidos por la parte actora. Esto desvirtúa de plano cualquier reclamación derivada de una mora que, jurídicamente, nunca existió.

En conclusión, no procede reconocer intereses moratorios en favor de la parte demandante, por cuanto no existió una obligación principal válida derivada de las facturas presentadas, las cuales fueron objeto de glosas que nunca fueron subsanadas. En consecuencia, no existe fundamento legal ni fáctico que sustente la procedencia de los intereses de mora reclamados en esta causa.

12. GENERICA O INNOMINADA Y OTRAS

Solicito a usted Señora Juez, decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en curso del proceso de acuerdo a lo estipulado en el artículo 282 del Código General del Proceso, y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de mi procurada y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación de pago.

I. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 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.
- Derecho de petición dirigido ante **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con su trazabilidad de envío.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

• Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la demandante, **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**, sea quien sea que haga sus veces, a fin de que conteste el cuestionario 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. El representante legal podrá ser citado la dirección de notificación relacionada en la demanda.

3. 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 **EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y declarar sobre las glosas formuladas frente a la facturación presentada por la parte demandante, la ausencia de obligación exigible y sobre los demás aspectos que resulten relevantes al presente proceso judicial.

4. TESTIMONIALES

- Siguiendo lo preceptuado por los artículos 208 y ss. del Código General del Proceso, solicito al señor Juez se sirva decretar el testimonio de la Dra. MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ, asesora externa de **EQUIDAD SEGUROS OC**. quien tiene domicilio en la ciudad Bogotá, y puede ser citada a través del correo electrónico camilaortiz27@gmail.com, cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre las glosas formuladas frente a la facturación presentada por la parte demandante y sobre los demás aspectos que resulten relevantes al presente proceso judicial.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego al Despacho se sirva ordenar a **LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** exhibir en la oportunidad procesal correspondiente:

- Las objeciones, glosas y/o devoluciones tanto de pertinencia como administrativas presentadas a cada una de las facturas objeto de ejecución. Esto es, el número: 41988, 42178, 4226, 42269, 42307, 42268, 42270, 42305, 42190, 42395, 42598,43344, 43084, 42396,43082,43312,43313,42189, 42191, 42657,43314 Y 43337.
- Las glosas y/o devoluciones tanto de pertinencia como administrativas que fueron aceptadas

contestadas y/o rechazadas por **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA** cada una de las facturas objeto de ejecución. Desde la 41988 y hasta la 43337 previamente relacionadas.

- Copia del histórico de transacciones recibidas entre **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA** y EQUIDAD SEGUROS O.C con especifica relación Desde las número 41988 y hasta la número 43337 previamente relacionadas.

El propósito de la exhibición de estos documentos es que se informe y certifique las objeciones que les fueron allegadas por parte de mi representada a cada una de las facturas objeto de litis, además de que se allegue si respecto de estas se solicitó, se rechazó o fueron contestadas con justificación para su pago, además, respecto de las transacciones hechas por EQUIDAD SEGUROS OC, de las facturas referencias y por los valores indicados en líneas precedentes. Y así, reflejar la existencia de los pagos realizados por EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. a **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA.**, de las facturas indicados anteriormente a fin de probar que las mismas ya fueron canceladas y no pueden ser nuevamente cobradas.

6. OFICIOS

6.1. Ruego se oficie a la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA.**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de cada una de las objeciones presentadas a cada una de las facturas objeto de ejecución, las glosas médicas que fueron aceptadas a cada una de las facturas objeto de ejecución. Copia del histórico de transacciones recibidas entre **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA** y EQUIDAD SEGUROS OC con especifica relación Desde las número 41988 y hasta la número 43337 previamente relacionadas.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

7. DICTAMEN PERICIAL

Comedidamente anuncio que me valdré de prueba pericial técnico médico a efectos de confirmar la documentación que acompañó las facturas efectivamente cumple los estándares médicos y técnicos exigidos legal y contractual. Se demostrará que muchas de las facturas no cumplen los requisitos de exigibilidad. Esta experticia se solicita y se anuncia de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 227 del Código General del Proceso, pues a la fecha no me es posible aportarla dada la complejidad técnica del mismo.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al despacho que se le conceda a mi representada un término no inferior a dos meses con el fin de aportar dictamen pericial realizado por un perito experto en

el tema, el anterior termino, se justifica teniendo en cuenta la complejidad de dicho dictamen, pues se hace necesario realizar un estudio minucioso a fin de lograr la valoración requerida. El dictamen es conducente, pertinente y útil, teniendo en cuenta que el mismo podrá aclarar las circunstancias fácticas que sirvieron para objetar y/o glosar cada factura, las cuales, una vez analizadas, podrán determinar la exigibilidad de las mismas.

II. ANEXOS

1. Escritura pública de EQUIDAD SEGUROS OC.
2. Certificado de existencia y representación legal de EQUIDAD SEGUROS OC. expedido por la Cámara de Comercio.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal de G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.

III. NOTIFICACIONES

La parte actora y los demandados en el lugar indicado en sus respectivos libelos.

Mi representada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. en la Carrera 9 A No. 99 – 07, Torre 3 Piso14, en la ciudad de Bogotá D.C.,

Correo electrónico: notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop

Al suscrito en la Cra 11A # 94A - 23 Of 201de la ciudad de Bogotá o en la 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.

Señores

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN - GLOSAS DE FACTURAS 41988 a 43337
ART. 23 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC.**, por medio de la presente, respetuosamente presente ante su compañía, derecho de petición bajo los siguientes términos:

1. CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. inicio proceso ejecutivo en contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC. por la supuesta falta de pago de facturas emitidas entre el periodo de agosto de 2022 a marzo de 2023, proceso que actualmente cursa ante el JUZGADO QUINTO (5) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA con el número de radicado **410014189005-2023-00873-00..**
2. Dentro del proceso de referencia y especialmente en el escrito de la demanda, CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, refiere la falta de pago de las facturas a continuación se relacionan:

FACTURA	FECHA DE FACTURA	SALDO ACTIVO
41988	07/02/2023	\$ 10.597.151,00
42178	11/02/2023	\$ 1.954.000,00
42267	14/02/2023	\$ 1.332.800,00
42269	14/02/2023	\$ 850.600,00
42307	14/02/2023	\$ 648.100,00
42268	14/02/2023	\$ 110.200,00
42270	14/02/2023	\$ 195.000,00
42305	14/02/2023	\$ 89.700,00
42190	11/02/2023	\$ 5.106.857,00
42395	17/02/2023	\$ 8.299.654,00
42598	21/02/2023	\$ 64.500,00
43344	08/03/2023	\$ 426.800,00
43084	03/03/2023	\$ 3.508.000,00
42396	17/02/2023	\$ 61.900,00
43082	03/03/2023	\$ 320.238,00
43312	03/03/2023	\$ 137.700,00
43313	08/03/2023	\$ 117.300,00
42189	11/02/2023	\$ 52.644,00
42191	11/02/2023	\$ 42.406,00

42657	22/02/2023	\$ 16.050,00
43314	08/03/2023	\$ 22.575,00
43337	08/03/2023	\$ 648.200,00

SOLICITUD

Conforme lo anterior, respetuosamente solicito:

Primero: Remitir copia integra de cada una de las objeciones presentadas a cada una de las facturas descritas en el acápite de hechos.

Segundo: Remitir copia integra de cada una de las glosas médicas que fueron aceptadas para cada una de las facturas referidas en el acápite de hechos.

Tercero: Remitir copia integra del histórico de transacciones recibidas entre LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC. y CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA con especifica relación a las facturas desde la numerada 41988y hasta la 20-69530 previamente relacionadas en el acápite de hechos.

Sin otro particular.



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá

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



Outlook

DERECHO DE PETICIÓN GLOSAS DE FACTURAS

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

Fecha Mié 07/05/2025 15:21

Para contabilidad@fracturasyortopedia.com <contabilidad@fracturasyortopedia.com>

CCO Laura Camila Ortiz Cruz <lortiz@gha.com.co>

 1 archivo adjunto (239 KB)

Derecho de petición - clinica de fracturas .pdf;

Señores

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN - GLOSAS DE FACTURAS 41988 a 43337

ART. 23 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC.**, por medio de la presente, respetuosamente presente ante su compañía, derecho de petición bajo los siguientes términos:

**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.



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 insito 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 (263,13) Unidades de Valor Tributario (UVT) y hasta setecientos uno (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 IPS³⁰.

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. Recuérdesse 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 desestimaré 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, varias 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 arrojadas 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 percutor 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. Pronunciamento 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 mitad»⁵⁵.

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.

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