

Señores  
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL  
SALA DE DECISIÓN CIVIL-FAMILIA-LABORAL  
M.P. Dr. JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH  
VALLEDUPAR – CESAR  
E. S. D.

REF: PROCESO EJECUTIVO  
DEMANDANTE: CLINICA ERASMO LTDA  
DEMANDADO: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

RAD: 20001310300520190020401

**ALEXANDER GOMEZ PEREZ**, varón, mayor de edad, vecino de la ciudad de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1129.566.574 de Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado general de la compañía **MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término legal a sustentar **recurso de apelación** contra la sentencia de primera instancia proferida por el juzgado Quinto Civil del Circuito de Valledupar, de fecha 30 de julio de 2021, en los siguientes términos:

#### MANIFESTACIONES PRELIMINARES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las coberturas del SOAT son:

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

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

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

Dejando claro, que en el presente caso se deben que aplicar las normas del contrato de seguro, establecido en el código de comercio, presento los siguientes reparos contra la sentencia de primera instancia, se debió declarar probada la excepción denominada:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estas normas deben ser leídas e interpretadas en concordancia con lo dispuesto por los Artículos 26, 31, 32 y 36 del Decreto 056 de 2.015, que establecen la documentación necesaria para la presentación por parte de las IPS, de las reclamaciones por la prestación del servicio de salud con cargo al SOAT, regulando el contenido de esa documentación, en especial lo relacionado con el contenido de la epicrisis y el resumen clínico de atención, los requisitos de la factura y la verificación de requisitos por parte de la aseguradora, así:

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

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

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

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

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

*(...)*

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

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

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

*1. Primer nombre y primer apellido del paciente*

*2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.*

*3. Servicio de ingreso.*

*4. Hora y fecha de ingreso.*

*5. Servicio de egreso.*

*6. Hora y fecha de egreso.*

*7. Motivo de consulta.*

*8. Enfermedad actual, información que debe contener:*

*8.1. La relación con el evento que originó la atención.*

*8.2. Relación de recibido del paciente en caso de ingreso por remisión de otra IPS.*

*9. Antecedentes.*

*10. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio.*

*11. Hallazgos del examen físico.*

*12. Diagnóstico de ingreso.*

*13. Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.*

*14. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*“(...) Así las cosas no era del caso entrar a averiguar si la aseguradora devolvió, objeto o glosó las facturas en los términos establecidos por la ley, por el contrario no debió librarse mandamiento de*

*pago puesto que no acompañarse a las facturas aportadas en documentos la reclamación y los documentos exigidos por las normas comerciales especiales, antes citadas, no era posible determinar los precisos parámetros de la obligación, motivo por el cual estas facturas por sí solas no cumplen con las exigencias legales para ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo. En consecuencia, está llamada a prosperar la excepción de mérito de ausencia de exigibilidad de la factura por no acreditarse el título complejo frente a todos y cada una de las facturas arribadas al expediente. (...)*

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

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

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

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

*(...)*

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

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

*(...)*



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

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

Posiciones que se han venido reiterando en pronunciamientos recientes del Tribunal Superior de Barranquilla en las siguientes sentencias, que se adjuntan al presente escrito:

- TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA SALA SEGUNDA DE DECISIÓN CIVIL FAMILIA DESPACHO TERCERO, Código Único de Radicación: 08001315300120190008701, Radicación Interna: 43310 magistrado ponente Dr. Alfredo De Jesus Castilla Torres.
- TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA SALA TERCERA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA. CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08001315301020180007902, RADICACIÓN INTERNA: 43345, magistrado ponente Dra. : DRA. CARMÍÑA GONZÁLEZ ORTIZ.

Por lo anterior, se solicita muy respetuosamente a su señoría se revoque íntegramente el mandamiento de pago.

#### • PRESCRIPCION

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

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

En la Parte VI, Capítulo IV del Estatuto Orgánico Financiero, por remisión expresa del artículo 192 numeral 4 de dicho Estatuto, se establece: “**Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto.**”

A su vez, de manera específica, el Decreto 056 de 2.015 (por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito), en los artículos 11<sup>1</sup> y 41<sup>2</sup>, definen las reglas relativas a la prescripción respecto de los prestadores de servicios de salud, en relación con las reclamaciones por las atenciones, las cuales, igualmente, remiten expresamente al artículo 1081 del Código de Comercio.

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

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

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

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

#### *Sección 4. Otras condiciones generales del SOAT*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*De otra parte, a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar el aspecto relativo a su interrupción. Como quiera que el Código de Comercio no regula éste fenómeno, en virtud de la remisión expresa consignada en el artículo 822 del mencionado Código, se debe acudir a las normas generales del derecho civil que señalan cómo se interrumpen los términos de prescripción, éstas se encuentran consignadas en el artículo 2539 del Código Civil y en el artículo 94 del Código General del Proceso.*

(...).»

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

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

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

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

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

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

*En torno a este punto, y en relación con las pólizas de SOAT, la Sala advierte que si bien el accidente de tránsito es el requisito sine qua non para que la operación del seguro se pueda activar, el reclamo de la indemnización aludida solo procede si la víctima de aquel suceso, como consecuencia de ese acontecimiento, sufre una incapacidad permanente calificada. Por ende, es apenas razonable que el término para presentar la solicitud cuente a partir de que se conozca dicha calificación, en la medida en que el hecho que da base a la solicitud de la prestación económica es la incapacidad permanente dictaminada, y no el acaecimiento del*

*siniestro en sí mismo, pues, por ejemplo, puede que un accidente de tránsito no genere ningún tipo de secuela física o porcentaje de pérdida de capacidad en la víctima, caso en el cual, a pesar de la ocurrencia del accidente, la persona no tendría derecho al pago de la indemnización por incapacidad permanente.*

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

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

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

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

*Así las cosas, con fundamento en las consideraciones expuestas a lo largo de esta sentencia, y dado que la aseguradora demandada no contó, conforme lo exige la normatividad aplicable, el término de prescripción para presentar la reclamación económica a partir de la fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la Sala advierte que, de haberlo hecho así, se hubiese tenido como fecha límite para presentar la solicitud de indemnización el día 10 de febrero de 2020 —es decir, dos años contabilizados a partir del dictamen— y, por ende, la reclamación no hubiere podido ser rechazada aduciendo su prescripción ordinaria.”*

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

conocimiento de la ocurrencia del siniestro, y, en consecuencia, comienza a correr el término de prescripción ordinaria para hacer la reclamación.

En los conceptos de la Superintendencia de Salud citados, se indicó que a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar la interrupción del término de la prescripción. Precizando que, si bien es cierto que el Código de Comercio no regula la interrupción o suspensión de este fenómeno, en virtud de la remisión expresa del artículo 822 ibidem, se debe dar aplicación a las normas generales del derecho civil que regulan la manera como opera la interrupción de los términos de prescripción, éstas se encuentran consagradas en el Artículo 2.539<sup>3</sup> del Código Civil y en el Artículo 94<sup>4</sup> del Código General del Proceso.

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

Si bien es cierto, la juzgadora de primera instancia, aplico la prescripción del 1081 del código de comercio, aplico erradamente el momento que se debe contar la prescripción, ya que el juzgado de primera instancia, hace referencia a la fecha de la reclamación, y tenemos que la IPS, presento la reclamación en algunas cosas faltando meses para cumplir los 2 años después de la atención y en algunos casos posterior a los 2 años después de la atención, por lo tanto, el despacho debió contabilizar los dos años de la prescripción desde la fecha de atención al paciente, ya que la interrupción de la prescripción se tiene en cuenta con la presentación de la demanda y no con la reclamación como lo manifestó el juzgado de primer instancia, siendo, así las cosas, en el presente caso no se puede hablar de interrupción con la reclamación de la IPS a la aseguradores, por lo tanto las siguientes facturas también debieron ser declaradas prescritas.

No	FACTURA	VALOR PRETENSIONES	NUMERO FACTURA	F. AVISO
1	147614	\$ 37.100,00	CD147614	3/11/2015
2	150954	\$ 214.800,00	CD150954	1/12/2015
3	156940	\$ 39.700,00	CD156940	2/02/2016
4	158968	\$ 78.500,00	CD158968	1/03/2016
5	159283	\$ 155.850,00	CD159283	4/03/2016
6	159537	\$ 214.783,00	CD159537	11/03/2016
7	159565	\$ 170.200,00	CD159565	8/03/2016
8	159614	\$ 214.783,00	CD159614	11/03/2016
9	155007	\$ 5.849.899,00	CD155007	1/02/2016
10	155688	\$ 244.460,00	CD155688	11/03/2016
11	159653	\$ 335.927,00	CD159653	8/03/2016
12	159800	\$ 665.900,00	CD159800	8/03/2016
13	159907	\$ 82.500,00	CD159907	16/03/2016
14	161207	\$ 340.627,00	CD161207	1/04/2016
15	161263	\$ 117.300,00	CD161263	4/04/2016
16	161336	\$ 78.500,00	CD161336	11/04/2016
18	161834	\$ 270.660,00	CD161834	2/05/2016
19	162400	\$ 134.660,00	CD162400	14/04/2016
20	163044	\$ 39.700,00	CD163044	14/04/2016
21	163730	\$ 39.700,00	CD163730	2/05/2016
22	163884	\$ 90.100,00	CD163884	2/05/2016
23	163930	\$ 531.000,00	CD163930	2/05/2016

24	164055	\$ 39.700,00	CD164055	2/05/2016
25	161656	\$ 573.000,00	CD161656	14/04/2016
27	167694	\$ 39.700,00	CD167694	9/06/2016
28	168502	\$ 164.351,00	CD167694	9/06/2016
29	168842	\$ 39.700,00	CD168842	12/07/2016
30	168844	\$ 39.700,00	CD168844	11/07/2016
31	169171	\$ 39.700,00	CD169171	6/07/2016
32	169221	\$ 106.200,00	CD169221	1/07/2016
33	169374	\$ 39.700,00	CD169374	6/07/2016
34	169617	\$ 53.100,00	CD169617	8/07/2016
35	170069	\$ 39.700,00	CD170069	11/07/2016
36	170729	\$ 1.612.788,00	CD170729	18/07/2016
37	170760	\$ 183.370,00	CD170760	18/07/2016
38	170897	\$ 229.813,00	CD170897	18/07/2016
39	171657	\$ 483.210,00	CD171657	1/08/2016
40	171087	\$ 35.400,00	CD171087	1/08/2016
41	171912	\$ 137.380,00	CD171912	1/08/2016
42	110793	\$ 205.300,00	CD-0000110793	17/10/2014
43	115805	\$ 131.750,00	CD-0000115805	1/12/2014
44	129982	\$ 174.100,00	.CD129982	19/05/2015
45	136296	\$ 259.500,00	CD136296	3/11/2015
46	139626	\$ 825.817,00	CD139626	3/08/2015
52	148875	\$ 152.450,00	CD148875	17/11/2015
54	150657	\$ 228.667,00	CD150657	1/12/2015
55	151300	\$ 684.717,00	CD151300	4/12/2015
56	153672	\$ 169.200,00	CD153672	4/01/2016
57	154655	\$ 37.100,00	CD154655	15/01/2016
58	154891	\$ 7.191.164,00	CD154891	2/02/2016
59	155781	\$ 5.539.144,00	CD155781	2/02/2016
60	155911	\$ 96.500,00	CD155911	1/02/2016
61	157580	\$ 434.777,00	CD157580	15/02/2016
62	158009	\$ 39.700,00	CD158009	16/02/2016
63	158368	\$ 39.700,00	CD158368	3/06/2016
64	158577	\$ 130.450,00	CD158577	1/03/2016
65	159894	\$ 327.127,00	CD159894	8/03/2016
66	161016	\$ 78.500,00	CD161016	4/04/2016
67	161384	\$ 39.700,00	CD161384	4/05/2016
68	161689	\$ 39.700,00	CD161689	4/05/2016
69	162293	\$ 39.700,00	CD162293	14/04/2016
70	162419	\$ 361.542,00	CD162419	18/04/2016
71	162932	\$ 153.650,00	CD162932	14/04/2016
72	162936	\$ 284.167,00	CD162936	14/04/2016
		\$ 31.467.283,00		

- **IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA, POR HABER SIDO OBJETADA TOTALMENTE POR NO CORRESPONDER A UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO:**

La única forma que habilitaría el proceso ejecutivo sería la establecida en el artículo 1053 del comercio en su numeral 3, pero lo más importante es tener la claridad que el hecho que se inicie un juicio

ejecutivo contra el asegurador por esas razones, no le impide presentar los argumentos exceptivos que considere necesarios, como bien lo ha establecido la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

**“(...) 3.- Si el beneficiario reclama pago ante el asegurador, con base en un riesgo no amparado, ya sea porque el siniestro ocurrido es totalmente ajeno al contratado o porque la especie reclamada está excluida contractualmente del género constitutivo del siniestro, ningún derecho puede surgir para el primero de la simple circunstancia de que su reclamación no sea objetada por el segundo en el plazo legal, porque esa omisión no es en el derecho colombiano fuente de obligaciones.** - Por lo mismo el juzgador, frente a la inexistencia de contrato que recaiga sobre el riesgo específico en que se apoye la demanda, ninguna obligación puede deducir a cargo de la Compañía Aseguradora, ni siquiera pretextando que ésta se abstuvo de objetar extrajudicialmente la reclamación. No tiene aquí otro camino el fallador que admitir la defensa correspondiente, pues

la ausencia de objeción no es óbice para reconocer los hechos exceptivos relacionados con la obligación demandada, o sea, aquellos que tiendan a establecer que el derecho del asegurado no existe por no haber nacido a la vida Jurídica o por haberse extinguido una vez nacido o por haber sufrido modificaciones, o por inexigibilidad actual del mismo. (...)” (Negrillas y subrayas por fuera del texto original)

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

La doctrina por su parte ha establecido lo siguiente:

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

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

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

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

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

En las investigaciones se describen las circunstancias de tiempo, modo y lugar del hecho en que resultó lesionada la persona y que llevo a la prestación del servicio médico, MUNDIAL DE SEGUROS

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de fecha 28 de junio de 1993. M.P. NICOLAS BECHARA SIMANCAS. Gaceta Judicial. T. CCXXII No. 2461, primer semestre de 1993, págs. 616-627

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala De Casación Civil. RAD. SC-096/2006 de fecha 27 de julio de 2006. M.P. CESAR JULIO VALENCIA COPETE.



S.A., realiza una verificación para constatar si se está en presencia de un accidente de tránsito; para tal efecto mi representada celebró un contrato con firmas de investigaciones de accidentes de tránsito, quien con personal experto realiza una investigación con la víctima del hecho y con los tomadores de los SOAT, para establecer si efectivamente las lesiones que motivaron la atención médica, fueron ocasionadas en un accidente que según la norma pudo ser considerado como accidente de tránsito.

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

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

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

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

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

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

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

Ahora bien, de la definición que trae la ley de accidente de tránsito, se colige un concepto que es necesario analizar como el concepto de vía, pues es una circunstancia de lugar que debe ser tenida en cuenta para determinar si se está ante la presencia de un accidente de tránsito o no. El Decreto 056 de 2.015 trae la noción de vía estableciendo que: *De conformidad con lo establecido en la*

*Ley 769 de 2002, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, entiéndase por vía toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.*

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

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

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

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

Se debió declarar probada la presente excepción también para la factura No. 218959 por valor de \$400.000, la cual se encuentra en el numeral 97 del mandamiento de pago, teniendo en cuenta que la citada factura también fue objetada y enviada a la IPS, y los soportes se encuentran en la carpeta digital.

IQ03459897212048676

Bogotá D.C. 28 de mayo de 2018  
OB-20180509715

Señores  
CLINICA ERASMO LTDA  
CARRERA 19 N° 4C-72  
VALLEDUPAR - CESAR

AFECTADO	JOSE MIGUEL DIAZ MUÑOZ
PÓLIZA	16939322
FACTURA	CD218959
TIPO	OBJECCION

Respetados Señores,

En atención a la reclamación con la que pretenden afectar la póliza indicada en el asunto, nos permitimos informarles que esta Aseguradora decidió OBJETAR su solicitud y en consecuencia, negar el pago de la indemnización requerida.

En virtud de lo señalado en las normas que regulan las coberturas del SOAT, la persona que pretenda la calidad de víctima o beneficiario de sus amparos, deberá acreditar tal calidad, así como la ocurrencia del hecho y la cuantía de su reclamación; así mismo, la ley 1438 de 2011 en su Artículo 143, habilita a las aseguradoras que operan el ramo de SOAT a realizar auditorías posteriores.

Con base en lo anterior, Seguros Mundial procedió a efectuar la correspondiente verificación del siniestro, encontrando que las lesiones presentadas por la víctima le fueron causadas mientras se transportaba en un automotor distinto al amparado por la póliza del asunto.

En este contexto y por las razones anteriormente expuestas esta Compañía OBJETA su solicitud, toda vez que a la luz de lo establecido en las normas que regulan las coberturas del SOAT, no se encuentra debidamente demostrada la ocurrencia del siniestro.

Adjunto a este escrito procedemos a devolverles los originales de los documentos que presentaron con la reclamación.

Atentamente,

Gerente de Indemnizaciones  
Seguros Mundial

y su respectiva guía:

<b>Piezas: 1</b>		DOCUMENTO UNITARIO		GUIA No. <b>2003296732</b>	
Codigo SER: SER81317		M.T: TERRESTRE		E.p. CREDITO	
NORMAL: <input type="checkbox"/> M.T: <input checked="" type="checkbox"/> E.p.: <input type="checkbox"/> CREDITO: <input type="checkbox"/>					
CLINICA ERASMO LTDA CARRERA 19 NO 4C-72 Ciudad: VALLEDUPAR    Depto: CESAR    Cod Postal: 200805 Tel: 6438888    E-mail: DEVOLUCIONESMUNDIALSEGUROS@O-ONLINE					
Dice Contener: DOCUMENTOS Vr. Declarado: \$ 5.900    Paga (Vot): 0    Peso (Kg): 1 Vr. Flete: \$ 6.350.00    No Factura: Vr. Sobrefrete: \$ 320.00    No Remisor: Vr. Total: \$ 8.650.00    No Sobrepeso:					
GUIA No. 2003296732    Reti:					
No Retenidos: <input type="checkbox"/> No Retenidos: <input type="checkbox"/> Fecha Devolución: Retiene 1		Retenidos: <input type="checkbox"/> Dirección Envío:		Retiene 1	
FECHA Y HORA DE ENTREGA DE ENTREGA					
HORA   DIA   MES   AÑO		HORA   DIA   MES   AÑO		HORA   DIA   MES   AÑO	
Nombre: IMAGE QUALITY OUTSOURCING S.A.S Ciudad: BOGOTÁ    Departamento: CUNDINAMARCA    Tel: 2452350					
Quien entrega: <b>CLINICA ERASMO LTDA</b> RECIBIDA CON FIRMAS DE LOS REPRESENTANTES DEL Y D(1)					
FECHA Y HORA DE ENTREGA: <b>RECIBIDO</b> HORA   DIA   MES   AÑO: <b>20 04 2018</b>					

- **IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA, POR HABER SIDO OBJETADA TOTALMENTE POR CORRESPONDER A EVENTO DE PÓLIZA PRESTADA:**

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

La CLINICA ERASMO LTDA., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., las objetó totalmente, debido a que se pudo establecer:

- Que la póliza con base en la cual se reclamaba había sido prestada, toda vez que el vehículo asegurado no había estado involucrado en el accidente de tránsito.

Dentro de las reclamaciones que nos ocupan en el presente proceso, se dieron casos en los cuales, si bien correspondieron a accidentes de tránsito, los vehículos involucrados no tenían una póliza de SOAT, por lo que las personas involucradas, para buscar atención médica de las víctimas, utilizaron una póliza de otro vehículo, por lo que es claro que la obligación no se encuentra en cabeza del asegurador, pues el vehículo no hizo parte del accidente, y lo que debía realizar la IPS, era proceder a reclamar los gastos médicos al ADRES, conforme lo establece el inciso 2 del numeral 5 del Artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

En relación a la investigación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar del hecho en que resultó lesionada la persona y que llevo a la prestación del servicio médico, compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., realiza una verificación para constatar si se está en presencia de un accidente de tránsito y si realmente existió una intervención del vehículo asegurado en el hecho; para tal efecto mi representada celebró un contrato con firmas de investigaciones de accidentes de tránsito, quien con personal experto realiza una investigación con la víctima del hecho y con los tomadores de los SOAT, para establecer si ocurrió un accidente de tránsito, y que las lesiones tienen origen en este, además de establecer, si el vehículo involucrado en el hecho, se encontraba o no asegurado por la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

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

No obstante a lo anterior, tenemos que frente a las reclamaciones efectuadas por la CLÍNICA ERASMO LTDA, mi representada, contrato a varias firmas investigadoras, para la verificación de si el vehículo que se afirmaba había intervenido en el accidente de tránsito era el que había ocasionado las lesiones que motivaron la atención médica cuyo pago se reclamaba, y esta firma en todos y cada uno de los casos realizó trabajo de campo entrevistando al lesionado y al tomador del seguro con el fin de constatar la participación del vehículo en el accidente, encontrando que si bien las personas lesionadas se movilizaban en un vehículo y que habían sufrido lesiones en un accidente de tránsito, ese vehículo no era el asegurado por mi representada, sino que era un vehículo que no contaba con SOAT y que la víctima para obtener la atención médica que requería había logrado, que le fuese prestado el SOAT de un vehículo asegurado por mi representada para su ingreso a la IPS, es decir que con el fin de obtener la atención médica utilizó el SOAT de un vehículo que no estuvo involucrado en el accidente, lo que constituye una defraudación al sistema y por ende la imposibilidad de pago por parte de mi representada ya que ello debía ser asumido por el ADRES.

Se debió también declarar probada la excepción para las siguientes facturas, teniendo en cuenta que en la carpeta digital, se encuentra cargadas las objeciones y las respectivas guías enviadas a la IPS CLINICA ERASMO S.A.

No	FACTURA	VALOR PRETENSIONES
78	215188	\$ 942.809,00
79	215618	\$ 338.270,00
80	215624	\$ 296.670,00
81	215648	\$ 5.345.890,00
82	215934	\$ 8.327.676,00
83	215685	\$ 12.775.756,00
85	216796	\$ 45.000,00
86	216870	\$ 89.000,00
87	217114	\$ 37.800,00
88	217149	\$ 260.636,00
89	217600	\$ 691.600,00

90	217661	\$	45.000,00
96	218609	\$	102.000,00
111	221092	\$	245.905,00
116	221461	\$	228.400,00
117	221666	\$	435.900,00
118	221798	\$	272.720,00
119	221856	\$	191.700,00
120	221981	\$	89.000,00
122	222661	\$	245.905,00
130	224202	\$	926.428,00
131	224306	\$	94.520,00
132	224307	\$	132.315,00
139	226112	\$	400.000,00
140	227633	\$	89.000,00
145	230217	\$	569.324,00
147	231324	\$	245.905,00

**SOLICITUD**

Solicito muy respetuosamente al Tribunal Superior del Distrito Judicial Sala Civil, REVOQUE los literales SEGUNDO, CUARTO Y QUINTO y su lugar se absuelva a mi representada de dichas condenas impuestas, SIENDO ASI LAS COSAS se deje incólume el literal TERCERO, y en relación al literal PRIMERO sea modificado y se declaren probadas todas las excepciones propuestas por la demanda.

Del señor Juez, atentamente,



**ALEXANDER GOMEZ PEREZ**  
**C.C. No. 1129.566.574 de Barranquilla**  
**T.P. No. 185.144 del C.S.J.**  
 HAAF- M127

REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO



TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA  
SALA SEGUNDA DE DECISIÓN CIVIL FAMILIA  
DESPACHO TERCERO

Proceso: ejecutivo acumulado  
Demandante: Dumian Medical S.A.S.  
Demandado: La Equidad Seguros Generales O.C.

Para ver la carpeta virtual: Haga clic en este enlace [43310](#)

Barranquilla D.E.I.P., nueve (09) de noviembre de dos mil veintiuno (2021).

Se puso a disposición de esta Sala de Decisión el expediente digitalizado del proceso ejecutivo acumulado de Dumian Medical S.A.S. contra La Equidad Seguros Generales O.C., a efectos de resolver los recursos de apelación concedidos a ambas partes con respecto a la sentencia de enero 26 del 2018 proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla.

### ANTECEDENTES

Dumian Medical S.A.S. instauró demanda ejecutiva contra de la Compañía La Equidad Seguros Generales O.C. con el objeto de hacer efectivas las obligaciones acumuladas de 489 facturas adjuntadas a la demanda por un valor total de \$402.130.121, más los intereses de mora respectivos <sup>véase nota 1</sup>.

Señala que dichos títulos fueron expedidos con ocasión a la prestación de servicios médicos a Usuarios de la demandada, quien en la oportunidad correspondiente no efectuó “glosas” al respecto de ellas, luego de su recibo y no ha procedido a su cancelación.

### ACTUACIÓN PROCESAL DE PRIMERA INSTANCIA

La demanda fue allegada al Juzgado Primero Civil del Circuito, quien el 25 de octubre de 2019, libró mandamiento de pago por la suma global de \$ 390.591.373, negándolo con respecto a 29 documentos <sup>véase nota 2</sup>.

La demandada concurrió al proceso proponiendo las excepciones de mérito que denominó “Pago y Prescripción”, de las que se corrió traslado a la ejecutante, en el auto de 29 de octubre de 2020 <sup>véase nota 3</sup>.

---

1 Archivo digital “001Demanda Acumulada” y carpeta digital “Facturas escaneadas”

2 Archivo digital “001Demanda Acumulada” folios 29-40.

3 Archivo digital “002CONTESTACION Y EXCEPCIONES”

Cumplidas las audiencias inicial y de instrucción y juzgamiento, el 26 de enero de 2021, se profirió sentencia escrita, declarando la prescripción de una serie de facturas y ordenando seguir adelante la ejecución por las restantes, por lo cual ambas partes procesales presentaron el correspondiente recurso de apelación

### CONSIDERACIONES DEL A-QUO

Señaló que los documentos presentados como títulos de recaudo ejecutivo reúnen las condiciones de existencia, claridad y exigibilidad y que no fueron objetadas por la parte demandada, que a pesar de lo indicado por el representante legal de la ejecutada no está probado en el proceso la realización del pago de esa facturas y luego procedió a estudiar la excepción de prescripción de la acción cambiaria, llegando a la conclusión de que varias de ellas se habían hecho exigibles con más de tres años con respecto a la presentación de la demanda por lo que declaró la prescripción, analizadas las facturas encontró probada que se formuló una glosa con respecto de una de ellas, ordenando seguir adelante la ejecución con respecto a las restantes por un valor global de \$ 271.648.714.00 <sup>véase nota 4</sup>.

### ARGUMENTOS DE LOS RECURRENTES

Ambas partes interpusieron apelación manifestando por escrito sus inconformidades, las que posteriormente sustentaron al admitirse los recursos y correrse traslado correspondiente mediante auto del 11 de septiembre de 2020.

Parte demandante:

Señala que la ejecutada presentó al excepción de prescripción con base en el artículo 1081 del Código de Comercio, que no corresponde y le fue concedida la prescripción de la acción cambiaria.

Parte demandada:

Indica que al caso presente se aplicó un régimen jurídico que no le corresponde que de haberse realizado el estudio adecuado, se habría determinado que los títulos presentados no prestan mérito ejecutivo por no reunir los requisitos del Decreto 056 de 2015. de conformidad con lo proceso las facturas se generaron por la prestación de servicios de salud con cargo a pólizas SOAT, por lo tanto, deben cargarse a las expedidas por la demandada por cada accidente de tránsito, estando regulado el procedimiento de reclamación por el Decreto 056 de 2015, como consecuencia de lo cual la entidad demandante debe cumplir con todos los requisitos impuestos por dicho cuerpo normativo, que se rige por las normas especiales que regulan la materia como lo son el Decreto 663 de 1993 (EOSF), Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016 y las normas del contrato de seguro establecidas en el código de comercio.

---

4 Archivo digital "040SENTENCIA"

Así las cosas, en los procesos ejecutivos en los que se reclama el pago de facturas SOAT el cobro se rige por las reglas del contrato de seguros, y no así por las de la acción cambiaria, aunado a lo cual aquellas deben considerarse como títulos complejos pues se deben aportar con ellas los documentos a los que hace referencia el Decreto 056 de 2015, lo que se echa de menos en el presente caso. Que la prescripción extintiva a aplicar a las facturas allegadas son las establecidas en el artículo 1081 del Código de Comercio.

Manifiesta que si bien ello, no se excepcionó al principio del proceso, si se indicó en los alegatos de conclusión que existen dos compañías de seguros diferentes y que una serie de facturas se elaboraron a cargo de la Equidad Seguros De Vida O.C., y fueron incluidas dentro del proceso ejecutivo dirigido en contra de la Equidad Seguros Generales O.C., omitiendo el Juzgado el estudio correspondiente.

### CONSIDERACIONES

Procede esta Sala de Decisión, a estudiar, en primer lugar, los argumentos esgrimidos por la ejecutada Equidad Seguros Generales O.C., que manifiesta que se revoque la orden de seguir adelante la ejecución, aun teniendo en cuenta argumentos que no se plantearon como excepciones al inicio del proceso, y que fueron mencionados al momento de los alegatos de conclusión.

La jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia <sup>[Véase nota<sup>5</sup>]</sup>, ha determinado que de conformidad con el artículo 228 de la Constitución Política Nacional y los artículos 4, 11 y numeral 2 del artículo 42 del C.G.P., los operadores judiciales tienen la "potestad-deber" de revisar aún "de oficio" el "título ejecutivo" a la hora de dictar sentencia, ya sea esta de única, primera o segunda instancia. Así pues, procede esta Sala de Decisión a estudiar los reproches de la aseguradora a los documentos aportados como títulos ejecutivos objeto de cobro judicial.

1º) Al revisar la documentación que se puso a disposición de esta Sala de Decisión y que están montadas en la sub carpeta "01PrimeraInstanciaCorregido/ACUMULACION DE DEMANDA/ Facturas escaneadas", se puede apreciar que, en esas facturas aportadas como títulos de recaudo ejecutivo, es evidente que la actora como señala en ellos en calidad de **CLIENTE**, es decir de deudor de las sumas allí indicadas a dos personas jurídicas diferentes:  
a) La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo NIT: 830008686-1 y  
b) La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo NIT: 860028415-5,

Siendo que dirigió su demanda y se libró mandamiento de pago únicamente con respecto a la segunda de ellas, no siendo parte procesal, la primera **La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo**, por lo que corresponde en primer lugar, por esta mera razón, revocar en lo pertinente la decisión del A Quo, de acuerdo a la siguiente relación de las facturas que se expidieron a cargo de esta última:

---

<sup>5</sup> CSJ STC18432-2016, 15 dic. 2016, rad. 2016-00440-01; CSJ STC14164-2017, 11 sep., rad. 2017-00358-01; y CSJ STC 8 nov. 2012, rad. 2012-02414-00.



	Número de factura	Fecha de vencimiento	Valor factura	T o m o	Cliente Deudor
1	TMA279255	5/03/2015	\$ 46.365	4	La Equidad Seguros de Vida
2	TMA283694	5/03/2015	\$ 44.940	4	La Equidad Seguros de Vida
3	TMA285079	5/03/2015	\$ 44.440	4	La Equidad Seguros de Vida
4	TMA285731	5/03/2015	\$ 440.353	4	La Equidad Seguros de Vida
5	TMA290480	10/07/2015	\$ 706.300	4	La Equidad Seguros de Vida
6	TMA292168	5/03/2015	\$ 45.000	4	La Equidad Seguros de Vida
7	TMA294500	7/03/2015	\$ 35.500	4	La Equidad Seguros de Vida
8	TMA299760	5/03/2015	\$ 48.570	4	La Equidad Seguros de Vida
9	TMA300480	5/03/2015	\$ 59.210	4	La Equidad Seguros de Vida
10	TMA300489	5/03/2015	\$ 46.135	4	La Equidad Seguros de Vida
11	TMA300970	7/03/2015	\$ 738.900	4	La Equidad Seguros de Vida
12	TMA302211	3/04/2015	\$ 738.900	4	La Equidad Seguros de Vida
13	TMA302426	5/03/2015	\$ 40.500	4	La Equidad Seguros de Vida
14	TMA303257	5/03/2015	\$ 48.810	4	La Equidad Seguros de Vida
15	TMA304132	3/04/2015	\$ 706.300	4	La Equidad Seguros de Vida
16	TMA307323	5/03/2015	\$ 58.735	4	La Equidad Seguros de Vida
17	TMA309987	3/04/2015	\$ 738.900	4	La Equidad Seguros de Vida
18	TMA310219	10/07/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
19	TMA311268	3/04/2015	\$ 738.900	4	La Equidad Seguros de Vida
20	TMA313982	3/04/2015	\$ 145.566	4	La Equidad Seguros de Vida
21	TMA315927	3/04/2015	\$ 34.700	4	La Equidad Seguros de Vida
22	TMA316750	7/05/2015	\$ 42.300	4	La Equidad Seguros de Vida
23	TMA316972	4/06/2015	\$ 93.740	4	La Equidad Seguros de Vida
24	TMA319149	3/04/2015	\$ 1.846.500	4	La Equidad Seguros de Vida
25	TMA319248	3/04/2015	\$ 738.900	4	La Equidad Seguros de Vida
26	TMA320237	12/11/2015	\$ 31.800	5	La Equidad Seguros de Vida
27	TMA322876	7/05/2015	\$ 50.740	4	La Equidad Seguros de Vida
28	TMA327079	14/06/2015	\$ 42.300	4	La Equidad Seguros de Vida
29	TMA327639	12/02/2016	\$ 45.590	6	La Equidad Seguros de Vida
30	TMA328378	7/05/2015	\$ 1.122.968	4	La Equidad Seguros de Vida
31	TMA329154	10/07/2015	\$ 36.300	4	La Equidad Seguros de Vida
32	TMA329361	4/06/2015	\$ 54.523	4	La Equidad Seguros de Vida
33	TMA329863	10/07/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
34	TMA330349	10/07/2015	\$ 171.800	5	La Equidad Seguros de Vida
35	TMA331700	10/07/2015	\$ 1.477.800	5	La Equidad Seguros de Vida
36	TMA331792	4/06/2015	\$ 47.180	4	La Equidad Seguros de Vida
37	TMA332495	4/06/2015	\$ 83.012	4	La Equidad Seguros de Vida
38	TMA332661	17/09/2015	\$ 46.996	5	La Equidad Seguros de Vida
39	TMA332686	17/09/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
40	TMA332904	10/07/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
41	TMA333621	12/02/2016	\$ 52.540	6	La Equidad Seguros de Vida
42	TMA334127	10/07/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
43	TMA334319	17/09/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
44	TMA335728	12/02/2016	\$ 132.300	6	La Equidad Seguros de Vida

Sala Segunda de Decisión Civil Familia

Sitio Web: [Despacho 003 de la Sala Civil Familia del Tribunal Superior de Barranquilla](http://Despacho 003 de la Sala Civil Familia del Tribunal Superior de Barranquilla)Correo: [Scf03bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:Scf03bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co)

45	TMA336105	4/06/2015	\$ 56.080	4	La Equidad Seguros de Vida
46	TMA336835	9/01/2016	\$ 48.908	6	La Equidad Seguros de Vida
47	TMA338066	17/09/2015	\$ 171.313	5	La Equidad Seguros de Vida
48	TMA340789	14/06/2015	\$ 42.300	4	La Equidad Seguros de Vida
49	TMA341220	10/07/2015	\$ 1.846.500	5	La Equidad Seguros de Vida
50	TMA342432	10/07/2015	\$ 52.340	4	La Equidad Seguros de Vida
51	TMA342444	15/08/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
52	TMA343034	17/10/2015	\$ 51.139	5	La Equidad Seguros de Vida
53	TMA343823	14/06/2015	\$ 42.300	4	La Equidad Seguros de Vida
54	TMA344403	14/06/2015	\$ 154.306	4	La Equidad Seguros de Vida
55	TMA345568	10/07/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
56	TMA348234	10/07/2015	\$ 1.846.500	5	La Equidad Seguros de Vida
57	TMA348490	14/06/2015	\$ 47.320	4	La Equidad Seguros de Vida
58	TMA349129	14/06/2015	\$ 42.300	4	La Equidad Seguros de Vida
59	TMA352113	4/06/2015	\$ 49.352	4	La Equidad Seguros de Vida
60	TMA354435	10/07/2015	\$ 85.900	5	La Equidad Seguros de Vida
61	TMA355843	10/07/2015	\$ 79.800	4	La Equidad Seguros de Vida
62	TMA356083	10/07/2015	\$ 1.477.800	5	La Equidad Seguros de Vida
63	TMA357025	12/06/2015	\$ 42.300	4	La Equidad Seguros de Vida
64	TMA358945	10/07/2015	\$ 36.300	5	La Equidad Seguros de Vida
65	TMA359059	14/06/2015	\$ 62.208	4	La Equidad Seguros de Vida
66	TMA360235	17/09/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
67	TMA360254	17/09/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
68	TMA361449	17/09/2015	\$ 36.300	5	La Equidad Seguros de Vida
69	TMA363778	15/08/2015	\$ 96.440	5	La Equidad Seguros de Vida
70	TMA363909	15/08/2015	\$ 44.940	5	La Equidad Seguros de Vida
71	TMA365094	17/09/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
72	TMA367566	17/09/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
73	TMA368985	15/08/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
74	TMA371353	17/09/2015	\$ 85.900	5	La Equidad Seguros de Vida
75	TMA376783	12/08/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
76	TMA376809	12/08/2015	\$ 44.880	5	La Equidad Seguros de Vida
77	TMA377123	17/09/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
78	TMA377483	17/09/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
79	TMA377673	12/08/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
80	TMA377808	17/09/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
81	TMA378778	17/09/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
82	TMA382624	15/08/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
83	TMA383082	17/09/2015	\$ 36.300	5	La Equidad Seguros de Vida
84	TMA386847	17/09/2015	\$ 36.300	5	La Equidad Seguros de Vida
85	TMA387749	17/09/2015	\$ 35.500	5	La Equidad Seguros de Vida
86	TMA388153	17/09/2015	\$ 83.100	5	La Equidad Seguros de Vida
87	TMA388219	17/09/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
88	TMA390588	17/09/2015	\$ 83.100	5	La Equidad Seguros de Vida
89	TMA391382	15/08/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
90	TMA394220	17/09/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida

Sala Segunda de Decisión Civil Familia

Sitio Web: [Despacho 003 de la Sala Civil Familia del Tribunal Superior de Barranquilla](http://Despacho_003_de_la_Sala_Civil_Familia_del_Tribunal_Superior_de_Barranquilla)Correo: [Scf03bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:Scf03bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co)

91	TMA395001	17/10/2015	\$ 85.900	5	La Equidad Seguros de Vida
92	TMA395995	17/09/2015	\$ 84.080	5	La Equidad Seguros de Vida
93	TMA396706	17/09/2015	\$ 96.412	5	La Equidad Seguros de Vida
94	TMA396804	17/10/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
95	TMA398186	17/09/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
96	TMA399594	17/10/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
97	TMA399853	17/09/2015	\$ 50.699	5	La Equidad Seguros de Vida
98	TMA404481	17/09/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
99	TMA406012	4/12/2015	\$ 82.967	5	La Equidad Seguros de Vida
100	TMA406201	17/10/2015	\$ 83.100	5	La Equidad Seguros de Vida
101	TMA407936	17/09/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
102	TMA407946	17/09/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
103	TMA408616	17/10/2015	\$ 100.063	5	La Equidad Seguros de Vida
104	TMA410130	17/10/2015	\$ 204.800	5	La Equidad Seguros de Vida
105	TMA410203	17/10/2015	\$ 83.100	5	La Equidad Seguros de Vida
106	TMA410861	4/12/2015	\$ 42.300	5	La Equidad Seguros de Vida
107	TMA411850	12/11/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
108	TMA413896	17/10/2015	\$ 83.100	5	La Equidad Seguros de Vida
109	TMA414477	12/11/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
110	TMA415636	4/12/2015	\$ 263.112	5	La Equidad Seguros de Vida
111	TMA416327	12/11/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
112	TMA418240	12/02/2016	\$ 166.200	6	La Equidad Seguros de Vida
113	TMA419325	12/11/2015	\$ 1.846.500	5	La Equidad Seguros de Vida
114	TMA419422	12/02/2016	\$ 1.846.500	6	La Equidad Seguros de Vida
115	TMA420850	12/11/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
116	TMA426298	12/11/2015	\$ 83.100	5	La Equidad Seguros de Vida
117	TMA426334	12/11/2015	\$ 1.846.500	5	La Equidad Seguros de Vida
118	TMA426340	12/11/2015	\$ 204.800	5	La Equidad Seguros de Vida
119	TMA429626	4/12/2015	\$ 50.348	5	La Equidad Seguros de Vida
120	TMA430334	12/11/2015	\$ 738.900	5	La Equidad Seguros de Vida
121	TMA431599	12/11/2015	\$ 1.846.500	5	La Equidad Seguros de Vida
122	TMA441739	12/11/2015	\$ 88.000	5	La Equidad Seguros de Vida
123	TMA446250	4/12/2015	\$ 166.200	5	La Equidad Seguros de Vida
124	TMA446280	4/12/2015	\$ 166.200	5	La Equidad Seguros de Vida
125	TMA446283	4/12/2015	\$ 83.100	5	La Equidad Seguros de Vida
126	TMA446289	4/12/2015	\$ 166.200	5	La Equidad Seguros de Vida
127	TMA446305	4/12/2015	\$ 83.100	5	La Equidad Seguros de Vida
128	TMA446323	4/12/2015	\$ 166.200	5	La Equidad Seguros de Vida
129	TMA451966	9/01/2016	\$ 42.300	6	La Equidad Seguros de Vida
130	TMA45281	9/10/2013	\$ 96.604	4	La Equidad Seguros de Vida
131	TMA454530	12/02/2016	\$ 359.500	6	La Equidad Seguros de Vida
132	TMA45668	9/10/2013	\$ 166.266	4	La Equidad Seguros de Vida
133	TMA458454	12/02/2016	\$ 738.900	6	La Equidad Seguros de Vida
134	TMA461909	17/12/2015	\$ 206.018	5	La Equidad Seguros de Vida
135	TMA464100	9/01/2016	\$ 514.988	6	La Equidad Seguros de Vida
136	TMA468758	12/02/2016	\$ 37.200	6	La Equidad Seguros de Vida

Sala Segunda de Decisión Civil Familia

Sitio Web: [Despacho 003 de la Sala Civil Familia del Tribunal Superior de Barranquilla](http://Despacho_003_de_la_Sala_Civil_Familia_del_Tribunal_Superior_de_Barranquilla)Correo: [Scf03bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:Scf03bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co)

137	TMA477941	10/03/2016	\$ 42.300	6	La Equidad Seguros de Vida
138	TMA478910	12/02/2016	\$ 393.518	6	La Equidad Seguros de Vida
139	TMA487624	10/03/2016	\$ 260.244	6	La Equidad Seguros de Vida
140	TMA490982	10/03/2016	\$ 391.233	6	La Equidad Seguros de Vida
141	TMA491021	8/05/2016	\$ 109.778	6	La Equidad Seguros de Vida
142	TMA496753	8/05/2016	\$ 5.629.214	6	La Equidad Seguros de Vida
143	TMA509037	31/03/2016	\$ 42.300	6	La Equidad Seguros de Vida
144	TMA511617	31/03/2016	\$ 294.071	6	La Equidad Seguros de Vida
145	TMA534319	8/05/2016	\$ 70.517	6	La Equidad Seguros de Vida
146	TMA537707	8/05/2016	\$ 42.300	6	La Equidad Seguros de Vida
147	TMA566626	10/06/2016	\$ 59.340	6	La Equidad Seguros de Vida
148	TMA567683	3/06/2016	\$ 4.903.253	6	La Equidad Seguros de Vida
149	TMA570350	8/07/2016	\$ 151.994	6	La Equidad Seguros de Vida
150	TMA573588	8/07/2016	\$ 241.811	6	La Equidad Seguros de Vida
151	TMA579712	8/07/2016	\$ 186.452	6	La Equidad Seguros de Vida
152	TMA587858	8/07/2016	\$ 91.940	6	La Equidad Seguros de Vida
153	TMA587888	8/07/2016	\$ 115.754	6	La Equidad Seguros de Vida
154	TMA588068	8/07/2016	\$ 138.868	6	La Equidad Seguros de Vida
155	TMA588083	11/08/2016	\$ 168.530	4	La Equidad Seguros de Vida
156	TMA588218	8/07/2016	\$ 46.230	6	La Equidad Seguros de Vida
157	TMA588326	8/07/2016	\$ 204.480	6	La Equidad Seguros de Vida
158	TMA589033	8/07/2016	\$ 109.740	6	La Equidad Seguros de Vida
159	TMA590385	8/07/2016	\$ 42.300	6	La Equidad Seguros de Vida
160	TMA591331	8/07/2016	\$ 44.868	6	La Equidad Seguros de Vida
161	TMA594161	8/07/2016	\$ 44.868	6	La Equidad Seguros de Vida
162	TMA598593	8/07/2016	\$ 42.300	6	La Equidad Seguros de Vida
163	TMA600184	8/07/2016	\$ 49.472	6	La Equidad Seguros de Vida
164	TMA614389	11/08/2016	\$ 44.940	4	La Equidad Seguros de Vida
165	TMA621335	11/08/2016	\$ 42.300	4	La Equidad Seguros de Vida
166	TMA623337	11/08/2016	\$ 107.100	4	La Equidad Seguros de Vida
167	TMA635153	7/09/2016	\$ 51.330	4	La Equidad Seguros de Vida
168	TMA642664	7/09/2016	\$ 88.466	4	La Equidad Seguros de Vida
169	TMA644270	14/08/2016	\$ 47.780	4	La Equidad Seguros de Vida
170	TMA649616	14/08/2016	\$ 52.252	4	La Equidad Seguros de Vida
171	TMA649641	14/08/2016	\$ 42.300	4	La Equidad Seguros de Vida
172	TMA651589	7/09/2016	\$ 44.940	4	La Equidad Seguros de Vida
173	TMA657147	7/09/2016	\$ 42.300	4	La Equidad Seguros de Vida
174	TMA664995	7/09/2016	\$ 85.361	4	La Equidad Seguros de Vida
175	TMA695946	8/10/2016	\$ 44.940	4	La Equidad Seguros de Vida
176	TMA699175	8/10/2016	\$ 42.300	4	La Equidad Seguros de Vida
177	TMA765157	16/03/2017	\$ 46.740	7	La Equidad Seguros de Vida
178	TMA786187	16/03/2017	\$ 1.962.931	7	La Equidad Seguros de Vida

2º) Con respecto al resto de las facturas, en este caso, nos encontramos frente a la ejecución de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (Dumian Medical S.A.S.) ante una aseguradora (La Equidad Seguros Generales O.C), que no tienen una relación contractual

directa entre ellas y la segunda no forma parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sino que las cuentas por cobrar son derivadas de las coberturas de pólizas del **Seguro Obligatorio de Daños Corporales causados a las Personas en Accidentes de Tránsito - SOAT**. Y de lo que se denomina en esos documentos Plan La Equidad ECAT.

Ese orden de ideas, es necesario destacar que la aseguradora ejecutada; Primero, no es una Entidad Prestadora de Salud (**EPS**) es decir, no es genéricamente responsable del pago de servicios de salud. Y segundo, no se trata de cualquier tipo de prestación de servicios de médicos sino del reclamo a una aseguradora por el reembolso de los costos generados en ocasión de la cobertura de las **pólizas** expedidas por esta misma para cubrir el riesgo de la atención médica.

Corolario de lo expuesto, no estamos en presencia de “aspectos formales de redacción” de los documentos aportados como títulos de recaudo ejecutivo, sino de un aspecto de derecho sustancial de que no pueden aplicarse para resolver la presente controversia las normas de carácter general que se aplican a las ventas y servicios que no tengan una norma especial que los regule. Así como tampoco, las normas especiales que regulan el pago de las EPS a las IPS, de facturas por concepto de atención de emergencias dentro del marco general del Sistema de Seguridad Social en Salud.

En ese sentido, no es dable para el alegado acreedor escoger el régimen jurídico a través aspira al recaudo de esos valores, sino que debe respetar lo indicado por el Código de Comercio,

En este punto, es preciso recordar lo estipulado en los art. 1054, 1072 y 1127 del C. Co., así; *“Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”,* entiéndase por riesgo *“(…) el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador (…)”,*

Ahora bien, para pretender la decisión judicial pertinente el alegado acreedor que se considera beneficiario del contrato de seguro tiene que cumplir con las cargas y conductas específicas al respecto, debiendo cumplir con el recaudo de las pruebas previas pertinentes en forma previa a la instauración del proceso, pues tiene la carga de aportárselas a la Compañía de seguros y luego constituir el “título ejecutivo” para acompañarlo con su demanda al Juez.

Correspondía entonces a la actora Pérez, acompañar con su demanda el escrito de petición de pago que con las pruebas que demostraran la ocurrencia del siniestro, así como de la cuantía de la pérdida; en consonancia con el art. 1077 Código de Comercio para que pudiera este ser considerado una “reclamación” y no meramente una “factura” donde relaciona los servicios que dice haber prestado a diferentes personas, sin ningún respaldo probatorio de la efectiva prestación a los mismos.

El artículo 1053 del Código de Comercio, con las reformas implementadas por el artículo 626 del Código General del proceso establece:

3o) Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador reclamación aparejada de los comprobantes que, [según las condiciones de la correspondiente póliza], sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada [de manera seria y fundada]. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda. (las frase en rojo, fueron las derogadas por el Código General del Proceso)

Ahora, teniendo en cuenta que las pólizas cuyos siniestros generaron los costos que se pretender recobrar no basta acreditar el mero hecho de que se facturaron a cargo de la aseguradora y se le remitieron esos documentos, sino que ese reclamo de pago fue extraprocesalmente fue respaldado ante la aseguradora en esas condiciones del referido artículo 1077 del Código de Comercio.

Así pues, para el pretendido recaudo ejecutivo de las indemnizaciones a que considera tener derecho la ejecutante por la prestación de servicios médicos a personas accidentadas cubiertas por esas pólizas del SOAT o de las otras pólizas médicas expedidas por esta, le correspondía a la actora, acreditar que en forma oportuna presentó a la aseguradora la “reclamación” correspondiente, con el acompañamiento de toda la documentación requerida para acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, e indicar que habían vencido los términos correspondiente para objetarlas, para generar un título ejecutivo de acuerdo a las reglamentaciones del contrato de seguro, en lugar de pretender cubrir tal carga con las meras facturas expedidas unilateralmente por ella invocando unas normas jurídicas que no son aplicables al presente asunto.

En ese sentido, la Dumian Medical S.A.S., podía darle a sus “reclamaciones” el formato de factura, empero ella no siendo un “título valor” debía cumplir las normas y reglas de derecho sustancial antes de indicada de ser acompañada con los anexos que acreditaran la existencia y valor del siniestro ante la Compañía de Seguros. Para que con la acreditación de que se trata de “una reclamación completa”, pudieran contarse los términos correspondientes ante la Aseguradora y así constituirse el título ejecutivo complejo que resulta necesario que el Juez valore para poder ordenar la ejecución solicitada.

Los documentos allegados a la demanda como títulos de recaudo ejecutivo, “facturas”, aún tienen en blanco el espacio que se les diseñó para recaudar la firma del paciente que es la persona que puede acreditar que el “servicio fue prestado” y fueron aportadas solas al proceso ejecutivo, por lo que la Administración de Justicia no tiene la forma de establecer si esas reclamaciones tuvieron los anexos pertinentes y así contabilizar los términos correspondientes.

Así las cosas, no es del caso el entrar a averiguar si la aseguradora devolvió, objetó o glosó las facturas dentro de los plazos establecidos por la Ley, por el contrario, no debió librarse mandamiento de pago, puesto que al no acompañarse las facturas aportadas con los documentos exigidos en la normatividad antes citada, no es posible determinar los precisos parámetros de las obligaciones o su exigibilidad, motivo por el cual, estas facturas por sí solas

no cumplen con las exigencias legales de “reclamación completa” para poder ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo; en este caso título complejo.

En conclusión, se evidencia corresponde reconocer que con respecto a un grupo de facturas no existe legitimación por pasiva en la ejecutada y la falta de los requisitos del título complejo en las demás, por lo que, se decide no seguir adelante la ejecución, absteniéndose esta Sala de Decisión de pronunciarse respecto de los argumentos de la contraparte sobre el error en el reconocimiento parcial de la prescripción extintiva. Procediendo a revocar la decisión de primera instancia.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, Sala Primera de Decisión Civil Familia, administrando justicia en nombre de la Republica y por autoridad de ley,

### **RESUELVE**

1º) Revocar la sentencia de sentencia de enero 26 del 2018 proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla, la cual quedará así:

**PRIMERO.** No seguir adelante la ejecución contra la demandada La Equidad Seguros Generales O.C..

**SEGUNDO.** Decretar el levantamiento de las medidas cautelares.

2º) Condénese al pago de costas en ambas instancias a la parte demandante Dumian Medical S.A.S.. Estímese las agencias en derecho de segunda instancia, en la suma de \$2.000.000.00, las de primera serán señaladas por la A Quo.

Ejecutoriado este proveído, no existiendo expediente físico que devolver al A Quo, por Secretaría de esta Sala remítasele un ejemplar de la presente providencia al correo electrónico del juzgado de origen y póngase a su disposición lo actuado por esta Corporación, en forma digital, en el enlace que aparece al inicio de esta providencia o del que permita la funcionalidad que el Consejo Superior le asigne al Onedrive.

Notifíquese y Cúmplase

**ALFREDO DE JESUS CASTILLA TORRES**

**CARMIÑA ELENA GONZALEZ ORTIZ**

**JUAN CARLOS CERON DIAZ**

-

**Firmado Por:**

**Alfredo De Jesus Castilla Torres**  
**Magistrado**  
**Sala 003 Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico**

**Carmina Elena Gonzalez Ortiz**  
**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**  
**Sala 6 Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico**

**Juan Carlos Ceron Diaz**  
**Magistrado**  
**Sala 004 Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico**

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

Código de verificación:

**2cc1cd1288cf4a9d1c0def6862a74c2f30c8b694f205c009c26f5fe9af64a018**

Documento generado en 09/11/2021 09:44:24 AM

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2018-00079-02.-  
ORADICACIÓN INTERNA: 43.345.-

**TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA  
SALA TERCERA DE DECISIÓN CIVIL – FAMILIA.**

Barranquilla, Diciembre Siete (7) de Dos Mil Veintiuno (2021).-

**MAGISTRADA SUSTANCIADORA: DRA. CARMÑA GONZÁLEZ ORTIZ.-**

Procede la Sala Tercera de Decisión Civil – Familia, del Tribunal Superior Distrito Judicial de Barranquilla, a resolver el recurso de Apelación interpuesto por las partes contra la Sentencia de fecha Mayo 13 de 2021, proferida por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de esta ciudad, dentro del proceso EJECUTIVO SINGULAR promovido inicialmente por CLÍNICA LA VICTORIA contra AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., presentando demanda ejecutiva acumulada la CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA L- "COSMITET LTDA" contra AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.-

**ANTECEDENTES**

Ante el JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO de esta ciudad, se dio inicio al proceso EJECUTIVO SINGULAR promovido por la CLÍNICA LA VICTORIA contra AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., presentando demanda ejecutiva acumulada la CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA L- "COSMITET LTDA" contra AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.-

Posteriormente, CLÍNICA LA VICTORIA, retira la demanda ejecutiva inicialmente presentada, por lo que prosigue el proceso con la demanda ejecutiva presentada por la CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA L- "COSMITET LTDA" contra AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., la cual tiene como fin:

Se librar Mandamiento Ejecutivo a favor de la demandante y contra la demandada, por la suma de \$532.067.028, por concepto de capital, más los intereses causados desde que se hicieron exigibles y hasta que se verifique su pago sin que estos excedan el límite legalmente establecido.-

En Diciembre 19 de 2019, se procedió a librar mandamiento de pago; una vez notificada la compañía demandada, a través de Apoderado Judicial, interpone recurso de reposición contra el Mandamiento de Pago, recurso que fue resuelto el 19 de Agosto de 2020, manteniendo en firme la decisión; a su vez propone las excepciones de mérito de IMPOSIBILIDAD PARA APLICAR LA ACCIÓN CAMBIARIA DENTRO DEL PRESENTE PROCESO, POR EXISTIR NORMA ESPECIAL; PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE COBRO DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO; NO ACREDITACIÓN DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTÍA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO, ESTABLECIENDOSE UNA AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DE LAS FACTURAS POR NO ACREDITARSE EL TITULO COMPLEJO; INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. POR HABER SIDO OBJETADAS LAS RECLAMACIONES POR FALTA DE PERTINENCIA DE LA

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2018-00079-02.-  
ORADICACIÓN INTERNA: 43.345.-

ATENCION PRESTADA, PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CAMBIARIA DE COBRO PARA LAS FACTURAS APORTADAS AL PROCESO; INEXISTENCIA DE UNA OBLIGACIÓN CLARA, EXPRESA Y EXIGIBLE FRENTE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. POR NO DERIVARSE LAS FACTURAS DE UN CONTRATO VERBAL O ESCRITO y COBRO DE LO NO DEBIDO.-

En Febrero 9 de 2021, se lleva a cabo la audiencia inicial, en la cual se surten las etapas de Conciliación, la cual es declarada fracasada; se recibe el Interrogatorio de Parte a ORIANA MARIA PINZON HURTADO, en calidad de representante legal de COSMITET LTDA y de AUGUSTO CESAR NIEBLES RAMOS, en calidad de representante legal de AXA COLPATRIA S.A.; se fija el objeto del litigio; se decretan las pruebas solicitadas por las partes y se fija el día 7 de mayo de 2021, para llevar a cabo la audiencia de instrucción y juzgamiento; el 7 de Mayo de 2021 se lleva a cabo la audiencia de instrucción y juzgamiento en la cual se practican las pruebas ordenadas, se cumple con la etapa de alegaciones y se anuncia el sentido del fallo, se la siguiente manera: 1. Se seguirá adelante la ejecución sobre facturas por el monto de \$274.995.266; 2. Se niegan las demás excepciones de mérito. 3. No se prosigue la ejecución en monto de \$257.072.662, por haber operado el fenómeno de la prescripción extintiva de la acción ejecutiva; 4. No habrá condena en costas por cuanto la demanda prosperó parcialmente; 5. Se ordena el avalúo y remate de bienes si fuere el caso. Se ordenará la liquidación del crédito. Se harán las conversiones del título y se dispondrá que una vez cumplidas las ritualidades legales, si fuere el caso, el envío a los juzgados de ejecución.-

El 13 de mayo de 2021, profiere el Juez A-quo la sentencia por escrito, decisión contra la cual las partes interpusieron recurso de apelación, el cual le es concedido en auto del

### **FUNDAMENTOS DEL A-QUO**

El Juez A-quo hace un estudio en conjunto de las excepciones planteadas por la parte demandada, ya que se relacionan estrechamente en sus fundamentos en cuanto a que se refieren a la inexigibilidad de la obligación por motivo de glosas.-

Las excepciones que se refieren a glosas no están llamadas a prosperar e impedir la ejecución por cuanto no se allegó prueba de que las glosas hubieren sido formuladas y comunicadas oportunamente. Si bien la demandada en su contestación sustenta cada uno de los motivos de inconformidad con las facturas señaladas en estas excepciones, lo cierto es que estos argumentos debieron ser expuestos en glosas formuladas y comunicadas a la IPS luego de la radicación de las reclamaciones, más no es este escenario del proceso ejecutivo someter a discusión reclamaciones que no fueron glosadas, puesto que presentados aquellos documentos y guardado el silencio por la compañía aseguradora, se entiende que no hubo objeción a la reclamación y que en consecuencia la póliza presta mérito ejecutivo, de manera que la compañía se seguros no pueda hacer valer frente

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2018-00079-02.-  
ORADICACIÓN INTERNA: 43.345.-

a título de excepciones, los reparos que tenía que formular dentro del mes siguiente a la presentación de la solicitud de pago.-

## **FUNDAMENTOS DEL RECURSO**

### **PARTE DEMANDANTE**

La parte demandante alega que el juez de instancia en el presente proceso operó de la que trata el artículo 2536 del Código Civil, la cual no fue alegada por la parte ejecutada, hecho que va en contravía del artículo 2513, pues el demandado alegó la prescripción de la acción cambiaria y del contrato de seguros, más no la del título ejecutivo.-

En cuanto a la condena en costas, según la ley sustantiva no debió haber prosperado la excepción de prescripción, razón por la cual, el auto de seguir adelante con la ejecución debió ser por el valor total del mandamiento de pago y no por la suma de \$274.995.266.-

### **PARTE DEMANDADA**

La parte demandada señala que si el Despacho hubiese analizado nuevamente el título ejecutivo que se pretende en la demanda, claramente hubiese revocado el mandamiento de pago, toda vez que la IPS COSMITET LTDA, no aportó con la demanda todos los documentos que señala el decreto 056 de 2015, para que se configure el título complejo.-

En cuanto a la excepción de prescripción, la aplicable siempre será la ordinaria de dos años que señala el artículo 1081 del Código de Comercio, más no la de la acción ejecutiva ordinaria que señale el artículo 2536 del Código Civil, al no estar frente a una acción ordinaria ejecutiva sino una norma especial bajo las normas del contrato se seguro.-

## **CONSIDERACIONES**

En el caso que nos ocupa, es pertinente traer a colación, lo expuesto por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia STC4808-2017, de fecha Abril 5 de 2017, Magistrada Ponente Dra. MARGARITA CABELLO BLANCO:

*"Y es que sobre el particular de la revisión oficiosa del título ejecutivo esta Sala precisó, en CSJ STC18432-2016, 15 dic. 2016, rad. 2016-00440-01, lo siguiente:*

*En conclusión, la hermenéutica que ha de dársele al canon 430 del Código General del Proceso no excluye la «potestad-deber» que tienen los operadores judiciales de revisar «de oficio» el «título ejecutivo» a la hora de dictar sentencia, ya sea esta de única, primera o segunda instancia (ello es predicable, en línea de generalísimo principio, respecto de todos los procesos ejecutivos y no meramente de los de alimentos de que aquí se viene tratando en particular), dado que, como se precisó en CSJ STC, 8 nov. 2012, rad. 2012-02414-00, «en los procesos ejecutivos es deber del juez revisar los términos interlocutorios del mandamiento de pago, en orden a verificar que a pesar de haberse proferido, realmente se estructura el título ejecutivo (...) Sobre esta temática, la Sala ha indicado que "la orden de impulsar la ejecución, objeto de las sentencias que se proferan en los procesos ejecutivos, implica el previo y necesario análisis de las condiciones que le dan*

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2018-00079-02.-  
ORADICACIÓN INTERNA: 43.345.-

*eficacia al título ejecutivo, sin que en tal caso se encuentre el fallador limitado por el mandamiento de pago proferido al comienzo de la actuación procesal”[...]» (se resaltó).*

*De modo que la revisión del título ejecutivo por parte del juez, para que tal se ajuste al canon 422 del Código General del Proceso, debe ser preliminar al emitirse la orden de apremio y también en la sentencia que, con posterioridad, decida sobre la litis, inclusive de forma oficiosa.*

*Y es que, valga precisarlo, el legislador lo que contempló en el inciso segundo del artículo 430 del Código General del Proceso fue que la parte ejecutada no podía promover defensa respecto del título ejecutivo sino por la vía de la reposición contra el mandamiento de pago, cerrándole a esta puertas a cualquier intento ulterior de que ello se ventile a través de excepciones de fondo, en aras de propender por la economía procesal, entendido tal que lejos está de erigirse en la prohibición que incorrectamente vislumbró el tribunal constitucional a quo, de que el juzgador natural no podía, motu proprio y con base en las facultades de dirección del proceso de que está dotado, volver a revisar, según le atañe, aquel a la hora de dictar el fallo de instancia; otro entendido de ese precepto sería colegir inadmisiblemente que el creador de la ley lo que adoptó fue la lógica regla de que de haberse dado el caso de librarse orden de apremio con alguna incorrección, ello no podía ser enmendado en manera alguna, razonamiento que es atentatorio de la primacía del derecho sustancial sobre las ritualidades que es postulado constitucional y que, por ende, no encuentra ubicación en la estructura del ordenamiento jurídico al efecto constituido.”-*

Por lo que aplicando el anterior precedente, se procede a realizar la revisión del título ejecutivo, el cual debe ser preliminar y de forma oficiosa, antes de decidir lo referente al ordenamiento de seguir adelante la ejecución.-

El artículo 422 del C.G.P. dispone:

**"ARTÍCULO 422. TÍTULO EJECUTIVO.** Pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante, y constituyan plena prueba contra él, o las que emanen de una sentencia de condena proferida por juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial, o de las providencias que en procesos de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia, y los demás documentos que señale la ley. La confesión hecha en el curso de un proceso no constituye título ejecutivo, pero sí la que conste en el interrogatorio previsto en el artículo 184.”-

Tiene sentado la doctrina que el proceso de ejecución o ejecución forzosa es la actividad jurídicamente regulada, mediante la cual el acreedor, fundándose en la existencia de un título documental que hace plena prueba contra el deudor, demanda tutela del órgano jurisdiccional del Estado a fin de que éste coactivamente obligue al deudor al cumplimiento de una obligación insatisfecha.-

En los procesos ejecutivos existe como presupuesto una declaración de certeza, documentada en el título ejecutivo que se aporte, que se pueden clasificar en cuatro grupos: títulos ejecutivos judiciales; títulos ejecutivos contractuales y títulos ejecutivos que emanan de actos unilaterales del deudor.-

A la presente demanda se anexaron facturas de venta de servicios de salud por urgencia con ocasión de la atención por urgencias (SOAT-siniestro) las cuales deben ser canceladas por AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., por lo que se precisa que el SOAT se rige por normatividad especial, Decreto 780 de 2016 y el Artículo 2.6.1.4.4.1. regula las condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT.-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2018-00079-02.-  
ORADICACIÓN INTERNA: 43.345.-

Así mismo, encontramos que en el presente caso, es de aplicación el Decreto 663 de 1993, que en el artículo 195, numeral 4º, dispone:

**"ARTICULO 195. ATENCION DE LAS VICTIMAS.**

**1...2...3...4. Acción para reclamar.** *Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.*

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

Los artículos 1053 y 1077 del C. de Comercio disponen:

**"ARTÍCULO 1053. CASOS EN QUE LA PÓLIZA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO.** *La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en los siguientes casos:*

- 1) En los seguros dotales, una vez cumplido el respectivo plazo.*
- 2) En los seguros de vida, en general, respecto de los valores de cesión o rescate, y*
- 3) Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda."*

**"ARTÍCULO 1077. CARGA DE LA PRUEBA.** *Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.*

*El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad."*

Determinado lo anterior, nos encontramos frente a un título ejecutivo complejo, que debe reunir los requisitos exigidos en el artículo 422 del C.G.P. de ser expreso, claro y exigible y al respecto se tiene que de acuerdo a la normatividad anterior, en tratándose del cobro por la prestación de los servicios de salud prestados a los pacientes atendidos por urgencia con ocasión del acaecimiento de accidentes de tránsito, la Entidad Prestadora de Salud, deberá presentar ante la Aseguradora la reclamación correspondiente junto con los comprobantes necesarios para ello y la aseguradora dentro del mes siguiente al recibo de la reclamación deberá pagar, o si la aseguradora lo encuentra pertinente dentro de dicho plazo objetará la reclamación.-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2018-00079-02.-  
ORADICACIÓN INTERNA: 43.345.-

De la documentación allegada con la demanda, no aparece acreditado que la sociedad COSMITET LTDA, haya presentado ante la compañía AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. la reclamación correspondiente aparejada de la documentación necesaria para ello, para efectos de demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, ya que este es el primer paso que debe cumplirse para efectos de reunirse el requisito de exigibilidad de acuerdo al artículo 422 del C.G.P., por cuanto una vez presentada la reclamación, la compañía aseguradora tiene un mes para:

- a.- Cancelar la reclamación;
- b.- Objetar la reclamación, la cual debe ser de manera seria y fundada;
- c.- No cancela ni objeta la reclamación.-

Si la compañía aseguradora no cancela ni objeta la reclamación, así como si al objetarla no lo hace de manera seria y fundada, es en ese momento que se inicia la exigibilidad del título y por ende procede, por parte de la Entidad Prestadora de Salud iniciar el proceso ejecutivo, al quedar conformado el título ejecutivo complejo, necesario para ello.-

Por tanto, al no allegarse con la demanda la reclamación presentada, aparejada de los documentos que demuestren la ocurrencia del siniestro y la cuantía del mismo, de acuerdo a lo establecido en el numeral 3º del artículo 1053, en concordancia con el artículo 1077 del C. de Comercio, no existe título ejecutivo, tal y como lo exige el artículo 422 del C.G.P., para haberse librado mandamiento de pago, por lo que no procede seguir adelante la ejecución, y por ende no hay lugar a pronunciarse acerca de las excepciones de mérito presentadas por la parte demandada, por lo que se ha de revocar el proveído impugnado.-

En mérito de lo expuesto, la Sala Tercera de Decisión Civil-Familia del Tribunal Superior Distrito Judicial de Barranquilla, administrando justicia, en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

### **RESUELVE:**

**PRIMERO: REVOCAR** la sentencia de fecha Mayo 13 de 2021, proferida por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de esta ciudad, y en su lugar se dispone:

1º) No seguir adelante la ejecución contra la demandada AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.-

2º) Decretar el levantamiento de las medidas cautelares.-

3º) Condenar en costas y perjuicios a la CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA L- "COSMITET LTDA".-

CÓDIGO ÚNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-53-010-2018-00079-02.-  
ORADICACIÓN INTERNA: 43.345.-

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas en esta instancia a la CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA L- "COSMITET LTDA". Inclúyase la suma de DOS SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, como Agencias en Derecho. Désele aplicación al artículo 366 del C.G.P.-

**TERCERO:** Ejecutoriado este proveído, no existiendo expediente físico que devolver al Juez A-quo, por la Secretaría de esta Sala, remítase un ejemplar de la presente providencia al correo electrónico del Juzgado Cuarto Civil del Circuito de esta ciudad, y póngase a disposición lo actuado por esta Corporación.-

**NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,**

  
CARMINA GONZÁLEZ ORTIZ



JUAN CARLOS CERÓN DIAZ

  
GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO