



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

FRANCISCO TERNERA BARRIOS

Magistrado Ponente

SC1647-2025

Radicación n.º 08001-31-03-014-2017-00346-01

(Aprobado en sesión de doce de junio de dos mil veinticinco)

Bogotá D.C., treinta (30) de septiembre de dos mil veinticinco (2025).

Se decide el recurso de casación interpuesto por QBE Seguros S.A. -hoy Zurich Colombia Seguros S.A.- frente a la sentencia proferida el 22 de septiembre de 2020 por la Sala Civil-Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla. Dentro del proceso verbal que instauró la Clínica Jaller S.A.S. en contra de la impugnante.

I. ANTECEDENTES

1. La pretensión¹

Clínica Jaller S.A.S. pidió que se declare que prestó los servicios de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria por daños corporales causados a personas en accidentes de tránsito amparados por pólizas de SOAT,

¹ Páginas 224-446 del PDF «01.- 42.328 Cuaderno principal 1».

«expedidas por QBE Seguros S.A. sigla QBE Colombia o QBE Seguros NIT 860.002.534-0; cuyos nombres y atención recibida, consta en las facturas relacionadas en el punto No. 3 de los hechos de la presente demanda».

En consecuencia, solicitó la declaratoria de la obligación de la demandada de pagar la suma de *«CUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SETENTA Y OCHO PESOS M/L (\$ 4.926.403.078,00)»*. Así como *«los intereses moratorios correspondientes al interés bancario corriente incrementado un 50%, que se hayan causado desde la fecha que se hicieron exigibles las facturas relacionadas en el numeral anterior, hasta el día del pago de las mismas»*. Y peticionó condenar en costas y agencias en derecho a QBE Seguros S.A.

2. La causa petendi

Adujo que prestó servicios de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria por daños corporales causados a personas en accidentes de tránsito amparados por pólizas de SOAT expedidas por QBE Seguros S.A. Aseveró que por los servicios enunciados, a la fecha de interposición de la demanda la pasiva le adeudaba *«la suma de CUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SETENTA Y OCHO PESOS M/L (\$4.926.403.078,00), más los intereses moratorios equivalentes a la tasa del interés bancario corriente certificado por la Superintendencia Financiera de Colombia para el respectivo periodo, incrementado en un 50%, dentro del límite consagrado en el artículo 305 del Código Penal»*. Inmediatamente procedió a relacionar las facturas pendientes de pago. Para lo cual insertó una tabla en la cual se especificó el número

de las facturas, su valor, fecha de emisión, fecha de radicación, fecha de vencimiento, fecha de recibo de caja y saldo².

Indicó que *«se encontraba obligada a prestar los servicios a los pacientes que le fueron remitidos de urgencias por la Red de Salud, sin la exigencia del cumplimiento de requisito previo alguno, como la existencia de contrato o autorización previa»*. Añadió que una vez recibido el paciente y prestada la atención inicial de urgencias *«legalmente asume responsabilidad sobre aquel hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta o hasta el momento en que ingrese a otra entidad receptora, por petición del remitente inicial»*. Señaló que las facturas que relacionó fueron radicadas en las oficinas de QBE Seguros S.A. *«dentro de la oportunidad legal»*. Y aseguró que su pago debía efectuarse dentro de los 30 días siguientes a su radicación.

Manifestó que la demandada no pagó el valor de las facturas. Por lo que estas se encontraban vencidas. Consecuencialmente, alegó la causación de intereses moratorios a partir de su vencimiento. Por último, afirmó que tenía *«acción para reclamar las indemnizaciones por las coberturas otorgadas, por haber prestado los servicios de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito amparados por pólizas de SOAT expedidas por QBE Seguros S.A. (...) cuyos nombres y atención recibida consta en las facturas relacionadas en el punto No. 3 de los hechos de la presente demanda»*³.

² Página 223 del PDF «01.- 42.328 Cuaderno principal 1»

³ Página 224 del PDF «01.- 42.328 Cuaderno principal 1»

3. Posición de la demandada

QBE Seguros S.A. se opuso a las pretensiones de la demanda. En su defensa, esgrimió las siguientes excepciones de mérito⁴: i) «*IMPROCEDENCIA DE LA DECLARATORIA DE EXISTENCIA DE OBLIGACIONES A CARGO DE QBE SEGUROS S.A.*»; ii) «*PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS*»; iii) «*PÓLIZAS NO EXPEDIDAS POR QBE SEGUROS S.A.*». Iv) «*FALTA DE COBERTURA TEMPORAL*»; iv) «*AGOTAMIENTO DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA SOAT EXPEDIDA POR QBE SEGUROS S.A (TOPE MÁXIMO)*»; v) «*FACTURAS GLOSADAS Y TRANSADAS POR QBE SEGUROS S.A.*»; vii) «*IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE FACTURAS POR FALTA DE RELACIÓN CAUSAL DEL SERVICIO DE SALUD PRESTADO CON LA LESIÓN PADECIDA EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO*»; y viii) «*PAGO DE OBLIGACIONES*».

4. Sentencia de primera instancia

El Juzgado Catorce Civil del Circuito de Barranquilla – con sentencia del 21 de junio de 2019⁵- accedió a las pretensiones de la demanda. En ese sentido, declaró que Clínica Jaller S.A. «*prestó los servicios de atención médico, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria a las personas que sufrieron daños corporales en accidentes de tránsito, para el periodo comprendido entre el año 2010 a 2015, que estaban amparados por pólizas de SOAT expedidas por QBE seguros S.A.*». En consecuencia, condenó a la demandada al pago de \$2.691.752.907, junto con sus intereses moratorios liquidados a partir de la fecha en que se

⁴ Páginas 523-552 del PDF «01.- 42.328 Cuaderno principal 1»

⁵ Páginas 551-576 del PDF «02.- 42.328 Cuaderno principal 2»

hizo exigible cada factura hasta el día del pago. Declaró probadas las excepciones de pago de obligaciones, pólizas no expedidas por QBE Seguros S.A. y agotamiento del valor asegurado de la póliza SOAT. Declaró no probadas los medios exceptivos de prescripción; improcedencia de la declaratoria de existencia de obligaciones a cargo de la aseguradora; falta de cobertura temporal; facturas glosadas y transadas e improcedencia del reconocimiento de facturas por falta de relación causal del servicio de salud prestado con la lesión padecida en el accidente de tránsito. Y condenó en costas y agencias en derecho a QBE Seguros S.A.

5. Sentencia de segunda instancia

La Sala Civil-Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla -con sentencia del 22 de septiembre de 2020- confirmó el fallo impugnado. Contra esta decisión, se presentó recurso de casación.

II. SENTENCIA DEL TRIBUNAL

El *ad-quem* estableció como problemas jurídicos a resolver los siguientes: «1) Si el juez *a-quo* desconoció el principio de congruencia en materia civil, dictando un fallo *extra petita*. 2) Establecer si se encuentra demostrada la existencia de una obligación dineraria a cargo de entidad demandada y a favor de la demandante; y si ello resultare afirmativo. 3) Si algunas facturas fueron objeto de transacción y por ello no procede el reconocimiento de las mismas mediante declaración judicial. Y 4) Determinar si tienen vocación de prosperidad las excepciones de mérito invocadas por la parte demandada, denominadas “prescripción de las acciones derivadas del contrato de

seguro, improcedencia de la declaratoria de existencia de obligaciones a cargo de QBE Seguros S.A., facturas glosadas y transadas por QBE Seguros S.A., e improcedencia del reconocimiento de facturas por falta de relación causal del servicio de salud prestado con la lesión padecida en el accidente de tránsito; a efectos de decidir si la sentencia de primer grado debe ser revocada»⁶.

Frente a la primera cuestión, citó el artículo 281 del Código General del Proceso para indicar que *«la incongruencia se traduce en una falta de concordancia lógica y jurídica entre el objeto del proceso conformado por las pretensiones, las oposiciones y el pronunciamiento judicial que pone fin al conflicto (...) que en lo que interesa a este asunto, se quebrantaría en la modalidad extra petita, como quiera que el recurrente afirma que el juzgador de primera instancia otorgó más de lo pedido por la parte actora»⁷*. Luego, aludió al artículo 1494 del Código Civil. De esta norma destacó que *«las fuentes de las obligaciones son todos aquellos actos y hechos jurídicos que dan origen a la exigencia de prestaciones a cargo y/o a favor de las personas que intervienen en tales relaciones jurídicas»⁸*.

Indicó que entre las fuentes de las obligaciones *«encontramos el cubrimiento de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a las Instituciones Prestadoras de Salud, por la atención médica de daños corporales causados a las personas en siniestros de tránsito, amparados por pólizas de Seguros Obligatorios de Accidentes de Tránsito expedidas por compañías aseguradoras, denominadas “SOAT”». Ello conforme al numeral 1 del artículo 195 del Decreto 663 de 1993 – Estatuto Orgánico del Sistema Financiero -. «De manera que no se requiere relación contractual previa entre la compañía aseguradora que expide el SOAT y las IPS, para*

⁶ Páginas 6-7 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

⁷ Página 8 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

⁸ *Ibidem*.

que surja en estas últimas el deber de atender a los pacientes que a ellas acudan por haber recibido lesiones en accidentes de tránsito; y por supuesto, la obligación correlativa de la aseguradora de pagar tales gastos, hasta el monto del valor asegurado, conforme dispone el art. 1079 del Código de Comercio»⁹.

Precisó que el asegurado o el beneficiario puede acudir a la acción ejecutiva o a la acción declarativa para reclamar un derecho económico derivado de una póliza de seguros. Sostuvo que para acudir a la vía ejecutiva, la póliza de SOAT debe prestar mérito ejecutivo en los términos del numeral 3° del artículo 1053 del Código de Comercio. Para el efecto, deben cumplirse los requisitos consagrados en la Resolución No. 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, en concordancia con lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Decreto 056 de 2015, reglamentado por el Decreto 780 de 2016. Normas según las cuales «*la reclamación a la compañía aseguradora se deberá presentar dentro de los términos de prescripción establecidos en el art. 1081 del Código de Comercio y (...) “La factura o documento equivalente, presentada por los prestadores del servicio de salud, deben cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes”; respecto de lo cual la Circular Externa No.015 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, estipula que a esta clase de facturas, para que eventualmente puedan constituir título ejecutivo, debe acompañarse “...las pruebas de la prestación de los servicios de salud que trata el art.6° de la Resolución 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, las disposiciones de los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del Decreto 780 de 2016 y el formulario de reclamación que deben presentar las PSS de acuerdo a la normatividad vigente”; que son, conforme el art.6° de la Resolución mencionada, además del Formulario*

⁹ Página 9 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

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, la epicrisis, la descripción quirúrgica cuando sea del caso, el resumen de atención o sus similares cuando no se requiera llevar epicrisis, y la factura de venta o documento equivalente con la certificación de quien prestó el servicio si lo hubiere realizado un tercero»¹⁰.

Conforme a la misma reglamentación, señaló que *«recibida la factura por la compañía de seguros, tiene ésta el deber de “...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 esta capítulo, y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad” (art.2.6.1.4.3.10 Dec.780 de 2016), con fundamento en lo cual, tiene la facultad de objetar el cobro dentro del mes siguiente a la presentación de la factura (art. 1053 C. Cio)»¹¹. So pena de tener que pagarla “...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 art. 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” (arts.2.6.1.4.3.12/2.6.1.4.4.1)»¹². Ahora bien, el Colegiado apuntaló que «si por alguna razón el acreedor deja vencer los términos para presentar tales títulos al cobro ejecutivo o las facturas fueron objetadas o glosadas o rechazadas por la deudora y no corregidas en tiempo por el prestador del servicio de salud, puede comparecer en juicio declarativo a obtener el reconocimiento de existencia de la deuda;*

¹⁰ Páginas 10-11 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

¹¹ Página 11 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

¹² Ibidem

escenario en el que la parte demandada puede atacar tales pruebas documentales en orden a desvirtuar la obligación en ellas contenida»¹³.

En cuanto a la prescripción de las acciones de cobro de prestación de servicios de salud con cargo al SOAT comenzó por esbozar que la normatividad SOAT no contiene una norma expresa sobre el tema. No obstante, destacó que en aplicación del numeral 4 del artículo 192 del Decreto 663 de 1993, en lo no previsto, al SOAT se le aplican las normas del Código de Comercio sobre el seguro terrestre y el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. En ese orden, *«se aplica entonces ora en los procesos ejecutivos o en los declarativos, la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguros contenida en el art. 1081 del Código de Comercio, por ser norma especial, en la que el legislador no hace distinción alguna sobre este particular; disposición normativa que consagra que la prescripción de las acciones es ordinaria y extraordinaria»¹⁴. Y arguyó que acorde con la reglamentación «la prescripción comienza a contar desde “... 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...” reglamentación que sin embargo, aplica en caso de que ante la falta de pago oportuno, el acreedor haga uso del título ejecutivo constituido conforme a las previsiones del contrato de seguros, para ejercer la acción ejecutiva. Sin embargo, encontramos otra tesis, según la cual, cuando lo que se ejerce es la acción declarativa, como en este caso, la prescripción de la misma queda sujeta a lo previsto para la acción ordinaria en el art. 2356 del Código Civil, modificado por el art. 8° de la Ley 791 de 2002, que es de diez (10) años»¹⁵.*

¹³ Páginas 11-12 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

¹⁴ Páginas 12-13 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

¹⁵ Página 13 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

A partir de lo dicho, analizó el caso concreto. De este modo, determinó que la pretensión de la demanda es declarativa de condena. Pues la actora petitionó la declaratoria de la existencia de una obligación a cargo de la compañía aseguradora demandada y pidió que se le ordene efectuar el pago correspondiente. Posteriormente, anunció que examinaría las facturas aportadas y sus anexos. Esto «a efectos de verificar si éstas fueron realmente presentadas al cobro ante la compañía aseguradora, si esta última presentó glosas o reparos o las rechazó, y si los anexos acompañados a cada una de ellas dan cuenta del servicio médico prestado a pacientes atendidos con pólizas SOAT expedidas por el polo pasivo»¹⁶.

En este sentido, estimó que «todas las facturas relacionadas en la demanda y aportadas en físico por la parte actora, presentan la constancia de haber sido entregadas por la demandante a la demandada, salvo las número 12568, 12572, 13144 y 13387 a las que no les aparece constancia de haber sido recibidas por la compañía aseguradora demandada para el cobro; sin embargo, de la prueba pericial practicada en el proceso y sometida a contradicción de los litigantes sin que fuera objetada, se encontró que dichas facturas sí fueron radicadas ante dicha compañía y aceptadas por ésta, en concordancia con lo cual efectuó abonos a las mismas, como aparece acreditado a folios 12.139, 12.043 y 12.044». En lo que concierne a las que no fueron presentadas oportunamente – utilizando como criterio la fecha en que se atendieron a los pacientes o se les dio de alta - « se recuerda que ello es un requisito exigible para constituir título ejecutivo, pues cuando se trata, como en este caso, de obtener el reconocimiento de la deuda a través de proceso declarativo, estima la Sala que tal exigencia no se requiere porque precisamente en este tipo de procesos lo relevante es que el prestador del servicio de salud

¹⁶ Página 15 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

demuestre que lo ha suministrado; y en este caso las única factura presentada fuera del aludido término es la No.19893 que sin embargo fue aceptada por la demandada, efectuando abono a la misma, como se examinará más adelante»¹⁷.

Frente al reparo consistente en que las facturas allegadas no dan cuenta de las obligaciones por prestación de servicios de salud a que se refieren, por no haberse acompañado a las mismas los documentos demostrativos de haberse presentado las reclamaciones en los formatos dispuestos por la ley; que además no se acreditó la ocurrencia del siniestro correspondiente; no se identificaron las pólizas SOAT afectadas con cada una de ellas o la enunciación de las placas de los vehículos asegurados; y que no se demostraron las pertinencias o relaciones entre los tratamientos médicos suministrados a los pacientes con las patologías que estos presentaron, determinó que *«revisadas por la Sala la totalidad de las facturas anexadas a la demanda, se advierte que solo a las números 12568, 12572, 13144 y 13387 no les aparece constancia de haber sido entregadas a la compañía aseguradora demandada para el cobro, pero de la prueba pericial practicada en el proceso, se encontró que sí fueron recibidas por dicha compañía, y se les hizo abonos, como aparece a folios 12.139, 12.043 y 12.044, es decir, fueron aceptadas por la demandada e inició el pago de las mismas»¹⁸.*

También consideró que respecto de las facturas comprendidas entre los números 16876 y 102462 *«la parte actora no allegó con la demanda, en los CDS que incorporó para ello, las pruebas de la prestación de los servicios de salud que trata el art.6º de la Resolución 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social,*

¹⁷ Páginas 15-16 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

¹⁸ Página 16 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

las disposiciones de los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del Decreto 780 de 2016 y el formulario de reclamación que deben presentar las PSS de acuerdo a la normatividad vigente». Sin embargo, respecto de estas, con el dictamen pericial practicado y no objetado «se comprobó que absolutamente todas fueron radicadas ante la empresa demandada, siendo aceptadas la totalidad de las mismas por la demandada, algunas de las cuales fueron pagadas en su integridad, a otras les efectuó abonos, e incluso algunas tienen saldos a favor de la deudora, que fueron aplicados por la auxiliar de la justicia al deducir de la deuda total el valor de los abonos, incluyendo algunos pagos efectuados por el polo pasivo a la parte demandante, que no tenían información de las facturas a las que pertenecían, tomando además algunas facturas por el valor cobrado en la demanda aunque en la contabilidad de la demandada aparecía que el saldo era mayor; quedando después de realizar tal ejercicio, un saldo insoluto a cargo de la demandada por la suma de \$2.706.403.462,00, monto de dinero respecto del cual dedujo el juzgador de primer grado la suma de \$4.906.332,00 al reconocer a favor de la demandada que las pólizas de seguros que se pretendían afectar con unas reclamaciones, identificadas con los Nos. 90871, 90642, 37381 y 94494 no fueron expedidas por la aseguradora de marras, como también descontó la suma de \$9.744.223,00 dada la prosperidad de la excepción de mérito de agotamiento del valor asegurado con las pólizas afectadas por siniestros allí relacionadas, arrojando un saldo insoluto final de \$2.691.752.907,00»¹⁹.

En punto a la excepción de «facturas glosadas y transadas», encontró que varias facturas fueron glosadas por la deudora, por diferentes motivos, «recayendo entonces la transacción entre las partes, en el reconocimiento de las objeciones por parte de la acreedora, la corrección de otras, y el establecimiento del monto de dinero reconocido en cada una de ellas; (...) sin embargo como quiera que del

¹⁹ Páginas 20-21 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

dictamen pericial incorporado legalmente al proceso se tiene por establecido que tales facturas fueron pagadas en cada uno de los montos reconocidos por la deudora, con anterioridad a la presentación de la demanda, quedan cobijadas en el reconocimiento de la excepción de pago parcial de la obligación»²⁰.

En torno a la alegada *«prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro»*, coligió que *«los servicios médicos representados en las facturas de marras, fueron prestados entre los años 2009 a 2014, sin embargo, independientemente de la clase de prescripción que se aplique, ninguna de ellas se configura, no solo porque tal fenómeno fue interrumpido con el pago de abonos parciales a las mismas, sino porque a la fecha de presentación de la demanda que dio origen a este proceso, habían sido pagadas total o parcialmente por la deudora, e incluso, algunas fueron pagadas en exceso del valor debido, aplicándose el excedente a favor de la demandada por la auxiliar de la justicia perito contable que presentó el dictamen pericial»²¹.* Finalmente, apuntó que aunque la perito no informó cuál fue el método utilizado para arribar a sus conclusiones *«es lo cierto que para determinar el saldo de lo debido después de los pagos periódicos y parciales y de las glosas que no fueron corregidas por la parte actora, solo se necesita efectuar una simple operación aritmética contable de cuya área la auxiliar de la justicia es especialista, para determinar el valor del saldo insoluto, tomando como parámetros los valores de las facturas cobradas, los que quedaron respecto de las facturas objetadas o glosadas y restarles los pagos periódicos, por lo que la objeción al dictamen devenía impróspera»²².*

II. LA DEMANDA DE CASACIÓN

²⁰ Página 22 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

²¹ Página 23 del PDF «21.- 42.328 Verbal - SENTENCIA 2A INST».

²² *Ibidem*.

Al sustentar el recurso extraordinario de casación, la convocante presentó cuatro cargos. Fundados en las causales primera y segunda del artículo 336 del Código General del Proceso. En la medida en que el cargo segundo prospera y da lugar a casar el fallo impugnado se estudiará de primero. A continuación, se estudian los cargos primero, tercero y cuarto, que se enfilan por la vía indirecta.

CARGO SEGUNDO

Con apoyo en la causal primera, se recriminó al Tribunal de violar directamente los artículos 2536 y 2539 del Código Civil – por aplicación e interpretación indebida respectivamente -; el artículo 1081 del Código de Comercio – por falta de aplicación -; el numeral 4 del artículo 192 del Decreto Ley 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero -, así como de las normas que las desarrollan, contenidas en el artículo 10 del Decreto 3990 de 2007 y en el artículo 11 del Decreto 056 de 2015 – por falta de aplicación -. Fundamentó su acusación de la siguiente manera:

Achacó al fallador el haber errado en la definición del régimen jurídico aplicable a la prescripción de las acciones y los derechos que surgen del SOAT. Pues *«erradamente sostuvo que, cuando el asegurado o beneficiario opta por formular una reclamación judicial por la vía de la acción declarativa, la regla que rige la materia es la contenida en el artículo 2536 del Código Civil, disposición según la cual la acción declarativa prescribe en un plazo de diez (10)*

años. Por el contrario, tanto la jurisprudencia civil como los pronunciamientos de las autoridades administrativas y los estudios de la doctrina especializada han precisado que, en materia de seguros, y particularmente en lo que respecta al SOAT, las acciones que de él se derivan prescriben en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio». Disposición que en su criterio no distingue entre las acciones declarativas y ejecutivas. Puntualizó que la doctrina de la Superintendencia Financiera y de Salud han coincidido en indicar que tratándose de SOAT únicamente hay lugar a aplicar la prescripción ordinaria de dos años. Debido a que las IPS conocen la ocurrencia del siniestro cuando prestan atención médica a la víctima de un accidente de tránsito.

En ese sentido, subrayó que el sentenciador quebrantó el numeral 4 del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Según el cual, en lo no previsto en dicha compilación normativa, el SOAT se regiría por las normas que regulan el seguro terrestre en el Código de Comercio. *«Por lo tanto, para resolver la controversia el Tribunal debió remitirse a las normas mercantiles y no a las civiles»*. Dijo que en consecuencia el Tribunal vulneró las normas reglamentarias contenidas en los artículos 10 del Decreto 3990 de 2007 y 11 del Decreto 056 de 2015 *«que se mencionan únicamente en cuanto son ilustrativas sobre la forma en la que está constituido el entramado normativo que regula la materia, de conformidad con los cuales la compañía aseguradora solo está obligada a pagar la indemnización respectiva en la medida en que el asegurado o beneficiario reclame la efectividad del amparo que corresponda dentro del plazo previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio»*.

Justificó la transgresión del artículo 1081 del Código de Comercio por inaplicación de *«la regla de la prescripción ordinaria*

de dos (2) años por considerar que, al tratarse de un proceso declarativo, la disposición llamada a regular el caso era el artículo 2536 del Código Civil». Adicionalmente, destacó que el juzgador de segundo grado le dio un alcance distinto – por interpretación errónea - al fenómeno de interrupción de la prescripción consagrado en el artículo 2539 del Código Civil. Al respecto, aclaró que *«no se censuran las conclusiones fácticas del Tribunal en el sentido de que efectivamente existieron pagos parciales respecto de algunas reclamaciones, sino que se reprocha el efecto jurídico que se le dio a esa circunstancia: el de considerar que el término de prescripción, una vez interrumpido naturalmente, dejaba de correr hacia el futuro»*. En oposición *«la consecuencia que produce la interrupción de la prescripción consiste en que el término respectivo reinicia su cómputo nuevamente»*. Así, explicó que, en el caso de la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro, a partir del día siguiente a la fecha en la que ocurra la interrupción de la prescripción, el término de dos años comienza a transcurrir nuevamente.

Derivado de los anteriores desaciertos jurídicos *«el ad quem sostuvo que fue acertada la decisión del juez de primera instancia en el sentido de declarar no probada la excepción denominada “prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro”. Lo anterior, toda vez que entendió que el régimen legal aplicable al caso era el del Código Civil y que, en todo caso, al haberse realizado abonos respecto de algunas reclamaciones, las acciones de la demandante no habrían prescrito porque el término correspondiente habría dejado de correr»*.

Para demostrar el embate expuso en qué consiste el error de juicio por vía directa. Apoyándose en jurisprudencia de esta Corporación. Con la misma estructura, explicó el

régimen jurídico de la prescripción extintiva aplicable al SOAT. Frente al tópico la censora indicó que el *«fenómeno de la prescripción extintiva cuenta con regulación expresa y especial en el régimen del contrato de seguro terrestre del Código de Comercio (...)»*. Citó precedentes de esta Sala sobre la aplicación preferente del régimen particular en materia de prescripción de las acciones y de los derechos derivados del contrato de seguro. Con base en la doctrina y jurisprudencia que aludió, señaló que *«las disposiciones civiles que regulan la misma materia y que estén en contradicción con el texto del artículo 1081 del Código de Comercio, como ocurre con el artículo 2536 del Código Civil, son inaplicables tratándose del ejercicio de una acción que tiene por objeto la reclamación de un derecho derivado de un contrato de seguro. Por lo tanto, cuando el asegurado o beneficiario persiguen la efectividad de una póliza de seguro mediante el cobro de la indemnización a la que consideran tener derecho por la ocurrencia del siniestro amparado por la compañía aseguradora, la prescripción de las acciones respectivas se verificará transcurridos (i) dos años desde que aquellos tuvieron o debieron tener conocimiento del siniestro, o (ii) cinco años desde el momento en el que haya nacido el derecho respectivo»*.

Precisó que en la regulación aplicable al SOAT no existe una regla específica sobre la prescripción extintiva de las acciones y los derechos que de él se derivan. Sin embargo, arguyó que el artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero remite a las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio. Transcribió apartados del artículo 10 del Decreto 3390 de 2007 – vigente para la época en la que se presentaron algunas de las reclamaciones que son objeto de la demanda – y del artículo o 11 del Decreto 056 de 2015, compilado en el artículo 2.6.1.4.2.5 del Decreto 780 de 2016. Normas según las

cuales el asegurado o beneficiario deben presentar su reclamación ante la compañía aseguradora en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio. En este punto, resaltó que *«la Superintendencia Financiera ha considerado que, debido a la remisión que en ellas se hace al artículo 1081 del Código de Comercio, ese término corresponde al de la prescripción de las acciones del contrato de seguro (...) en reiteradas oportunidades la Superintendencia Financiera ha precisado que lo dispuesto en el artículo 1081 del Código de Comercio es igualmente aplicable al SOAT en cuanto regla de prescripción que rige para las reclamaciones presentadas por el interesado»*.

Con base en ese hilo argumentativo afirmó que *«la efectividad de los derechos que se derivan de una póliza del SOAT a favor del asegurado o beneficiario está sujeta a las reglas que consagra el artículo 1081 del Código de Comercio en materia de prescripción extintiva. Así las cosas, como sucede en el caso del contrato de seguro terrestre, al SOAT tampoco le resulta aplicable lo dispuesto en el artículo 2536 del Código Civil. Esto significa que el asegurado o beneficiario de una póliza del SOAT—como lo es la institución que ha prestado servicios médicos a pacientes que han resultado lesionados en accidentes de tránsito— debe reclamar su derecho dentro del plazo de dos (2) años que establece el artículo 1081 del Código de Comercio, con independencia de la vía procesal que escoja para el efecto, esto es, la acción ejecutiva o la acción declarativa»*.

A continuación, explicó las razones por las cuales la prescripción ordinaria de dos años es la aplicable tratándose de reclamaciones por siniestros amparados por pólizas del SOAT. De este modo, memoró pronunciamientos de la Superintendencia Financiera sobre el tópico. De estos extrajo que *«el inicio del cómputo del término de prescripción (...) corresponde a la fecha en la que la víctima del accidente de tránsito haya sido atendida*

por la respectiva Institución Prestadora de Servicios de Salud, según se desprende, además, de lo dispuesto en el numeral 1° del artículo 41 del Decreto 056 de 2015». Coligió entonces que «la atención de la víctima es el hito que fija la fecha a partir de la cual comienza a correr el término de prescripción consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio, con independencia de la oportunidad en la que la Institución Prestadora de Salud – IPS haya presentado la factura comercial ante la aseguradora». Y debido a que «la atención médica a una persona que ha sufrido un accidente de tránsito necesariamente implica que, por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, hay, o debe haber, conocimiento de la ocurrencia del siniestro» es la prescripción ordinaria la que tiene lugar en el marco de las acciones derivadas del SOAT. Nunca la extraordinaria. De allí que «la fecha a partir de la cuál comienza a correr la prescripción de las acciones del SOAT sea la de la atención del paciente o la de su egreso de la institución».

Por su parte, frente a la interrupción de la prescripción extintiva y sus efectos, la recurrente indicó que esta Corte determinó que *«la interrupción y la renuncia generan como consecuencia que el lapso prescriptivo empiece a contabilizarse nuevamente, reiniciándose los cómputos. En tanto, la suspensión, como su nombre lo indica, solamente detiene el conteo del tiempo sin reiniciarlo»*. Ahora bien, la impugnante manifestó que *«el Código de Comercio, en lo tocante con la prescripción extintiva del contrato de seguro, no regula lo relativo a los fenómenos de la interrupción y de la suspensión que pueden afectar su cómputo. Ante ese silencio normativo del legislador mercantil, y de conformidad con lo establecido en el artículo 822 del Código de Comercio, es necesario remitirse y aplicar las disposiciones respectivas del Código Civil, esto es, el artículo 2539 de dicha codificación»*.

Seguidamente, exaltó que el *ad-quem* (i) erró al considerar que el término de prescripción de la acción incoada por la IPS demandante era el de diez años de que trata el artículo 2536 del Código Civil; y (ii) se equivocó al sostener que con independencia de la clase de prescripción aplicable, en el caso concreto ninguna se configuró por la interrupción a causa de los pagos o abonos realizados por la aseguradora. Sin reconocer que luego de ello el término extintivo empezaba a contabilizarse nuevamente. Por lo tanto: *«(i) el juez de segunda instancia aplicó al caso sometido a su conocimiento una norma que no está llamada a regir la controversia, como lo es el artículo 2536 del Código Civil; (ii) dejó de aplicar las disposiciones que sí gobiernan la prescripción del SOAT, consagradas en los artículos 1081 del Código de Comercio y 192 (numeral 4) del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, desarrollados por los artículos 10 del Decreto 3990 de 2007 y 11 del Decreto 056 de 2015; y (iii) le asignó a la figura de la interrupción de la prescripción un efecto jurídico que no le corresponde, pues omitió considerar que, una vez interrumpida la prescripción extintiva por abonos realizados por QBE SEGUROS con más de dos (2) años de anterioridad a la presentación de la demanda, el término de prescripción de la acción y del derecho correlativo empiezan a prescribir nuevamente, con lo cual determinó una suerte de imprescriptibilidad para este tipo de obligaciones».*

Adujo que los yerros expuestos fueron trascendentes en tanto condujeron a la confirmación de la sentencia de primera instancia. La cual declaró no probada la excepción de prescripción propuesta por QBE Seguros S.A. Siendo claro que *«se configuró la extinción de los derechos y de las acciones de CLÍNICA JALLER por el fenómeno de la prescripción porque transcurrieron más de dos años entre la fecha en que esa circunstancia se materializó y la fecha de presentación de la demanda».*

CONSIDERACIONES

1. A continuación se presentan las razones de la prosperidad del ataque.

2. En lo que concierne a las causales de casación relacionadas con la violación de normas sustanciales - primera y segunda-, el artículo 344 del Código General del Proceso exige el señalamiento de al menos una norma de carácter sustancial que, constituyendo base esencial del fallo impugnado o habiendo debido serlo, a juicio del censor haya sido quebrantada. Tal exigencia es esencial porque a partir de allí se despliega la función nomofiláctica y de tutela del derecho objetivo que la ley asigna en sede casacional a la Corte.

La censora acusó al fallo de violar directamente los artículos 2536 y 2539 del Código Civil – por aplicación e interpretación indebida respectivamente -; el artículo 1081 del Código de Comercio – por falta de aplicación -; el numeral 4 del artículo 192 del Decreto Ley 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero -, así como de las normas que las desarrollan, contenidas en el artículo 10 del Decreto 3990 de 2007 y en el artículo 11 del Decreto 056 de 2015 – por falta de aplicación-.

Según tiene establecido esta Sala, el canon 2536 del Código Civil²³ no es norma sustancial²⁴. Tampoco ostentan tal linaje el numeral 4 del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero²⁵, los artículos 10 del Decreto 3990 de 2007 y 11 del Decreto 056 de 2015, que se limitan a señalar las normas aplicables al seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

El artículo 2539 del Código Civil²⁶ sí tiene el carácter de norma sustancial²⁷. Y lo propio ocurre con el artículo 1081 del Código de Comercio, según el cual la prescripción de las acciones *«que se derivan del contrato de seguro»* puede ser ordinaria o extraordinaria. El inciso segundo *ejusdem* dispone que la 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, la extraordinaria –señala el inciso siguiente– será de cinco años, *«correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho»*. Esta norma es de carácter imperativo y su contenido no puede ser modificado por las partes, al tenor de su inciso final. Pues bien, de lo dicho se advierte que el artículo 1081 del Código de Comercio

²³ Código Civil. Artículo 2536: *«La acción ejecutiva se prescribe por cinco (5) años. Y la ordinaria por diez (10). La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco (5) años, y convertida en ordinaria durará solamente otros cinco (5). Una vez interrumpida o renunciada una prescripción, comenzará a contarse nuevamente el respectivo término»*.

²⁴ CSJ, AC-054-2015; CSJ, AC2521-2022; CSJ, AC2411-2022; CSJ, AC2878-2022; AC2131-2024.

²⁵ EOSF. Art. 192. Num. 4: *«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»*.

²⁶ Código Civil. Artículo 2539: *«La prescripción que extingue las acciones ajenas, puede interrumpirse, ya natural, ya civilmente. Se interrumpe naturalmente por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa, ya tácitamente. Se interrumpe civilmente por la demanda judicial; salvo los casos enumerados en el artículo 2524»*.

²⁷ CSJ, AC604-2020 y CSJ, AC3651-2023.

no se limita a establecer el término de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. De manera complementaria, esta disposición señala cuándo empieza a correr el término en cada caso -prescripción ordinaria y extraordinaria- y frente a quiénes, de modo que crea o extingue -según el caso- una relación jurídica concreta entre quienes son parte en este tipo de contratos de aseguramiento.

En esta medida, esta Corporación procederá a estudiar el cargo en lo que se refiere a la denuncia por indebida aplicación del artículo 2539 del Código Civil y por falta de aplicación del 1081 del Código de Comercio.

3. La controversia planteada en el embate gira en torno a definir el término de prescripción aplicable a una acción judicial. Lo anterior depende, en últimas, de la calificación jurídica que se haga del contrato objeto de la controversia y de la regulación especial aplicable al mismo. De modo que esta Sala estima pertinente referirse al punto de la calificación, antes de abordar el fondo del asunto.

3.1. Un contrato se estructura a partir de los fines perseguidos por las partes. De allí que, el contenido prestacional determine su adecuación y calificación²⁸. En

²⁸ «... el reconocimiento de la autonomía privada por parte del orden jurídico representa, en su esencia, un fenómeno de recepción, por el cual, la regulación prescrita por las partes a los intereses propios en las relaciones recíprocas es acogida en la esfera del Derecho y elevada, con oportunas modificaciones, a precepto jurídico. Es lógico que el Derecho intervenga en la disciplina del acto de autonomía privada en cuanto que lo hace instrumento, puesto a disposición de los individuos, para dar vida y desarrollo a relaciones jurídicas. Pero ya que por efecto del reconocimiento jurídico el acto no cambia de naturaleza, la disciplina legal se superpone a la autonomía privada, de la que el negocio sigue siendo fruto y expresión, y la competencia normativa del orden jurídico

efecto, la más de las veces, la ley encausa la voluntad de las partes por ciertos canales jurídicos denominados tipos contractuales²⁹. Contrato típico es aquel que es regulado exhaustivamente por el ordenamiento jurídico. -para el caso que nos atañe- el de seguro-. En estos casos, por regla general, el legislador actúa como sucedáneo de la autonomía privada -vía normas supletivas-. Y, excepcionalmente, limita la voluntad negocial -vía normas imperativas³⁰-.

concorre, al regir el negocio, con la competencia dispositiva de los individuos, la que es, por otra parte, un a carga o deber para ellos... es de competencia de los individuos determinar, en las relaciones entre ellos, los fines prácticos a alcanzar, y los caminos a seguir para ordenar sus propios intereses. Es de competencia del orden jurídico valorar, cotejándolas con las finalidades generales, las categorías de fines prácticos que los individuos suelen proponerse, prescribiendo modalidades a sus actos y los requisitos de su validez y eficacia, y enlazándoles, por fin, situaciones jurídicas adecuadas que realicen con la máxima aproximación las funciones sociales a que aquellos fines corresponden». Betti, Emilio. Teoría General del Negocio Jurídico. Editorial Comares, SL, Granada. 2000. pág. 82.

²⁹ *«Es definida la causa como función económico-social que caracteriza el tipo del negocio, y en ese sentido, típica pero ahora nos preguntamos; ¿se puede hoy hablar aún, y en qué sentido, de una “tipicidad” de los negocios jurídicos? Ciertamente que no en aquel mismo que tiene la tipicidad para el Derecho romano clásico. En éste, las funciones económico-sociales reconocidas como idóneas para justificar la tutela jurídica de la autonomía privada (llamadas iustae causae) aparecen taxativamente determinadas, numérica y entitativamente, por el mismo orden jurídico, el cual dispone previamente esquemas y tipos fijos de causas que la autonomía de las partes no puede alterar o modificar a su arbitrio. Esta tipicidad, informada por un rígido esquematismo y la necesidad de denominaciones técnicas, se acomodaba al sistema romano de las acciones, en el cual la tutela jurisdiccional no era concedida sino a quien ejercitase en juicio una de las acciones admitidas por el Derecho civil o el pretorio, y el tipo de negocio estaba determinado por la capacidad para dar origen a una actio civil o pretoria. Desvalorizada sustancialmente en el Derecho justiniano, con la posibilidad que se reconoce de modificar en el caso concreto el tipo (naturaleza) de la actio o del negocio, y con la admisión de acciones y de negocios carentes de una propia denominación técnica (contratos innominados), la tipicidad va perdiendo su primitivo carácter de rígida esquematización... En el significado más reciente, al que el Derecho justiniano marca el traspaso, y que encuentra adecuado desarrollo en el Derecho común y en el ambiente social moderno, las causas de negocios son típicas en el sentido de que, pese a no estar taxativamente indicadas en la ley, deben sin embargo, en general, ser admitidas por la conciencia social como correspondientes a una exigencia práctica legítima, a un interés social duradero, y como tal, consideradas dignas de tutela jurídica» (se subraya). Ibidem. pág. 175.*

³⁰ CSJ SC, 11 sep. 1984 *«En el derecho positivo colombiano impera el principio según el cual las leyes que regulan los contratos son normas supletorias de la voluntad de los contratantes, cuando éstos, al celebrar sus convenciones jurídicas, acatan todas las prescripciones legales requeridas para su formalización y respetan el orden público y las buenas costumbres. El postulado de la normatividad de los actos jurídicos (art. 1602, C. C.) se traduce esencialmente, entonces, en que legalmente ajustado un contrato se convierte en ley para las partes, quienes por consiguiente quedan obligados a cumplir las prestaciones acordadas en él. Cuando por disenso de las partes en el punto se discute judicialmente la naturaleza jurídica del contrato, y, por ende, el alcance de las obligaciones que por emanar de él han de asegurarse en su*

3.2. La labor de interpretación para determinar- entre otras- la normatividad aplicable al acto incumbe al sentenciador³¹. En efecto, la *calificación* del negocio jurídico cobra un papel estelar³². Al respecto, esta Sala puntualizó que *«la calificación que las partes le dan a ese contrato, no fija definitivamente su carácter jurídico, mejor dicho, las partes no pueden trocar ese contrato en otro por el mero hecho de darle un nombre»*³³. Y, en el mismo sentido, en fallo posterior, sostuvo que *«en la labor de interpretación de los contratos no debe olvidar el juez... que la naturaleza jurídica de un acto no es la que las partes que lo realizan quieran arbitrariamente darle, ni la que al fallador le venga en gana, sino la que a, dicho contrato, corresponda legalmente según sus elementos propios, sus calidades intrínsecas y las finalidades perseguidas»*³⁴. Dicho de otro modo, al subsumir el querer de los contratantes en un determinado tipo negocial, la relación jurídica queda sometida a las reglas especiales que disciplinan ese contrato. Y uno de los asuntos que puede quedar sometido a reglas especiales es el término de

cumplimiento, corresponde al juzgador, a fin de determinar las prestaciones debidas, interpretar el contrato, o sea investigar el significado real y efectivo del negocio jurídico».

³¹ Cfr. CSJ, SC1304-2022: *«Se tiene que, en materia de interpretación de contratos en general, de investigación de su sentido, su significado efectivo y genuino, el criterio secular afianzado y reiterado muchas veces por la jurisprudencia es el previsto en el artículo 1618 C.C. -siguiéndose las clásicas fórmulas de Domat y Pothier-. Recuérdese que “[e]s principio de derecho que en las obligaciones contractuales rige, casi soberanamente, el querer libre de las partes, o sea el principio de la libertad jurídica” (sentencia del 20 de noviembre de 1906, G.J. XVIII, p. 70). Como se sabe, el contrato es un todo lógico – “un todo completo”, una unidad que somete a los contratantes. “[N]o es pura expresión de una voluntad, sino un imperativo.”. Código Civil. Artículo 1618: “conocida claramente la intención de los contratantes, debe estarse más a ella que a lo literal de las palabras».*

³² CSJ SNC, 12 nov. 1896 G. J. No. 573-624, pág. 116 *«Lo que constituye la esencia o naturaleza de un contrato no es la calificación que le den las partes, sino la que la ley le da de acuerdo con la voluntad de las mismas partes. Aunque los contratantes llamen venta al arrendamiento, posesión al dominio, mandato al depósito, etc., si resulta que la convención celebrada no tiene el carácter jurídico que los contratantes la designan, el contrato a los ojos de la ley y del juez no es ni puede ser otro que el que resulta de los hechos, aunque los interesados, por ignorancia o fines especiales, quieran revestirlo de una calidad que no tiene».*

³³ CSJ SC, 9 sep. 1929, G.J. T. XXXVII, p. 128.

³⁴ CSJ SC, 11 sep. 1984.

prescripción de las acciones judiciales. Ciertamente, el contrato de seguro consagra un lapso específico para activar el aparato jurisdiccional, a través del derecho de acción³⁵.

4. El contrato de seguro es un negocio jurídico de carácter consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva³⁶, en virtud del cual el tomador le transfiere a la aseguradora³⁷, por un precio o prima³⁸, un riesgo determinado en cuanto tiempo, modo y lugar. En esta medida, la aseguradora asume una obligación condicional de indemnizar al tomador, al asegurado o al beneficiario -según lo establezcan la ley o el contrato-, en caso de materializarse el riesgo asegurado, es decir, en caso de ocurrencia del siniestro³⁹. Por regla general, el seguro se contrata por cuenta propia y, en consecuencia, las calidades de tomador, asegurado -titular del interés asegurable- y beneficiario -titular del interés asegurado⁴⁰- confluyen en una misma

³⁵ «Es lo que explica la especialidad del régimen de la prescripción en el contrato de seguros que, sin perder de vista el fundamento político de la institución, la necesidad de consolidar las situaciones jurídicas, ni la naturaleza misma de los actos de comercio, cuya agilidad conviene al desarrollo económico de los pueblos, está concebido, de una parte, para proteger los derechos de los asegurados y beneficiarios del contrato ... y, de otra, para proveer a la adecuada consolidación de los estados financieros de las empresas de seguros a las cuales, ni al organismo encargado de su vigilancia, conviene la indefinición de sus obligaciones». Ossa, Efrén. *Teoría General del Seguro*. El Contrato. Editorial Temis. Bogotá. 1991. pág. 519.

³⁶ Código de Comercio. Artículo 1036: «El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva».

³⁷ Código de Comercio. Artículo 1037: «Son partes del contrato de seguro: 1. El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y 2. El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos».

³⁸ Código de Comercio. Artículo 1066: «El tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella».

³⁹ Código de Comercio. Artículo 1072: «Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado».

⁴⁰ Son beneficiarios quienes, «como tales, no intervienen en la formación del contrato (a menos que tengan la calidad de “asegurados” y “tomadores” en los seguros de daños y aun en los de personas sobre otros riesgos que la muerte), pero han de percibir el valor del seguro, en caso de siniestro, ajustado naturalmente con arreglo a sus

persona, pero cuando se contrata el seguro por cuenta de otro, el titular del interés asegurable no es el mismo tomador⁴¹.

4.1. El seguro obligatorio de accidentes de tránsito -SOAT- está regulado en el capítulo IV de la Parte VI del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero -EOSF-. Es un seguro obligatorio para todo vehículo automotor que transite en el territorio nacional⁴² y cumple la función de asegurar que las víctimas de accidentes de tránsito reciban oportuna atención médica, entre otros amparos⁴³. El EOSF establece el contenido de este contrato de aseguramiento, en cuanto a coberturas, cuantías y vigencia⁴⁴. Y define el procedimiento

condiciones y límites». Ossa, Efrén. *Teoría General del Seguro*. 1991. Editorial Temis. Págs. 12-13.

⁴¹ Al respecto, esta Sala sostuvo que «Es conocida la distinción legal y doctrinal entre los seguros por cuenta ajena y los seguros por cuenta propia, dependiendo de si quien contrata el seguro es, al mismo tiempo, el legítimo titular del interés asegurable. Si la posición contractual de tomador y asegurado se confunden se estará en presencia de un seguro por cuenta propia; en cambio, cuando ambas calidades están disociadas se tratará de un seguro por cuenta ajena. En este último caso, es posible que el tomador ni siquiera conozca quién será el verdadero titular del interés asegurable “por lo que se estará ante un genuino contrato a favor de un tercero en el que el tomador asume el rol de promisorio, el asegurador sería el promitente y el tercero -el asegurado- el beneficiario”». CSJ, SC5681-2018.

⁴² EOSF. Artículo 192. Numeral 1º: «Para transitar por el territorio nacional todo vehículo automotor debe estar amparado por un seguro obligatorio vigente que cubra los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito. Quedan comprendidos dentro de lo previsto por este numeral los automotores extranjeros en tránsito por el territorio nacional...».

⁴³ EOSF. Artículo 192. Numeral 2º: «El seguro obligatorio de daños corporales que se causen en accidentes de tránsito tiene los siguientes objetivos: a. Cubrir la muerte o los daños corporales físicos causados a las personas; los gastos que se deban sufragar por atención médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, incapacidad permanente; los gastos funerarios y los ocasionados por el transporte de las víctimas a las entidades del sector salud; b. La atención de todas las víctimas de los accidentes de tránsito, incluso las de causados por vehículos automotores no asegurados o no identificados, comprendiendo al conductor del vehículo respectivo; c. Contribuir al fortalecimiento de la infraestructura de urgencias del sistema nacional de salud, y d. La profundización y difusión del seguro mediante la operación del sistema de seguro obligatorio de accidentes de tránsito por entidades aseguradoras que atiendan de manera responsable y oportuna sus obligaciones».

⁴⁴ EOSF. Artículo 193. Numeral 1º: «Coberturas y cuantías. <Numeral modificado por el artículo 112 del Decreto 19 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> La póliza incluirá las siguientes coberturas: a. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones, de acuerdo con la cobertura que defina el Gobierno Nacional. Para la determinación de la cobertura el Gobierno Nacional deberá tener en cuenta el monto de

a través del cual las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben presentar la reclamación ante la compañía de seguros para obtener la indemnización por los gastos de la atención médica prestada. Estas instituciones están obligadas a prestar los servicios de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria a las víctimas de accidentes de tránsito⁴⁵. En esta medida, tales Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud son las titulares de la acción⁴⁶ frente a las aseguradoras que emitan las pólizas.

4.2. En concreto, para el SOAT, el numeral 1° del artículo 194 del EOSF, advierte que serán «*pruebas suficientes... según la clase de amparo...*», la certificación de ocurrencia del accidente, o de la atención en salud por lesiones corporales, de incapacidad permanente o de servicios funerarios. Por lo

los recursos disponibles; b. Incapacidad permanente, entendiéndose por tal la prevista en los artículos 209 y 211 del Código Sustantivo del Trabajo, con una indemnización máxima de ciento ochenta (180) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente, a la cual se le aplicarán los porcentajes contenidos en las tablas respectivas; c. Muerte y gastos funerarios de la víctima como consecuencia del accidente, siempre y cuando ocurra dentro del año siguiente a la fecha de éste, en cuantía equivalente a setecientas cincuenta (750) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente; d. Gastos de transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, en cuantía equivalente a diez (10) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente; PARÁGRAFO. El valor de estas coberturas se entiende fijado para cada víctima; por lo tanto, se aplicará con prescindencia del número de víctimas resultantes de un mismo accidente. PARÁGRAFO TRANSITORIO. Mientras el Gobierno Nacional determine la cobertura de que trata el literal a) del presente artículo se aplicará la cobertura de quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes a cargo de la aseguradora que emita la póliza, y trescientos (300) salarios legales diarios vigentes a cargo del FOSYGA».

⁴⁵ EOSF. Artículo 195. Numeral 1°: «*Obligatoriedad. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud están obligados a prestar la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito. <Inciso 2 modificado por el artículo 244, numeral 4 de la Ley 100 de 1993. El nuevo texto es el siguiente:> El Gobierno Nacional determinará las tarifas a que deben sujetarse los establecimientos hospitalarios y clínicos, de los subsectores oficial y privado de que trata el artículo 5o. de la Ley 10 de 1990, en la prestación de la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria a las víctimas de los accidentes de tránsito. Las tarifas que establezca el Gobierno Nacional serán fijadas en salarios mínimos legales*».

⁴⁶ EOSF. Artículo 195. Numeral 4°

demás, el contenido de esta reclamación debe ceñirse a lo dispuesto en el Artículo 2.6.1.4.3.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 -compilatorio del Decreto 56 de 2015-⁴⁷. Lo anterior, en concordancia con el inciso segundo del numeral 4° del artículo 195 del EOSF, según el cual, *«una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales... 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 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»*. Al respecto,

⁴⁷ Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Artículo 2.6.1.4.3.1 *«Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

en fallo reciente, esta Sala puntualizó que, *«Los intereses de mora, por tanto, desempeñan un rol crucial en la arquitectura de incentivos del SOAT: promueven que la IPS beneficiaria presente reclamaciones idóneas; impulsan a las compañías aseguradoras a pagar a tiempo los créditos que se le reclaman –dentro del mes siguiente a la radicación de la reclamación–, y las disuaden de formular objeciones infundadas, que podrían traducirse en elevadas condenas en los estrados judiciales, en tanto amalgamarían la indemnización debida y los réditos por la tardanza, liquidados a la tasa máxima que permite la ley mercantil»*⁴⁸.

Nótese que tanto el numeral 4° del artículo 195 del EOSF como el artículo 1080 del Estatuto Mercantil, señalan que la acreditación del derecho por parte del asegurado o beneficiario puede darse incluso *«extrajudicialmente»*. Lo anterior ocurre en el curso de la reclamación que presenta la clínica u hospital ante la aseguradora con los anexos correspondientes. No obstante, esa acreditación del derecho puede darse también en el escenario judicial, en ejercicio de la acción derivada del contrato de seguro a que se ha hecho referencia.

5. Y es que las acciones judiciales son un mecanismo procesal para obtener el reconocimiento de derechos sustanciales. Pero estos instrumentos procesales están sujetos al fenómeno de la prescripción extintiva o liberatoria, que las fulmina una vez transcurrido el término establecido en la ley para el efecto. Lo anterior, permite consolidar situaciones jurídicas por el transcurso de un lapso definitivo

⁴⁸ CSJ, SC3075-2024.

o fatal en aras de la seguridad jurídica⁴⁹. El término de prescripción, por lo demás, se cuenta a partir de la fecha en que la obligación se hizo exigible⁵⁰, pues sólo a partir de entonces puede el acreedor reclamar su cumplimiento.

5.1. Una vez iniciado su decurso, el término de prescripción puede verse afectado por interrupción, renuncia o suspensión. La interrupción y la suspensión pueden darse antes del acaecimiento del plazo fatal, la primera ocasionando el reinicio del cómputo y la segunda dejándolo en suspenso. La prescripción ordinaria, a voces del artículo 2530 del Código Civil, *«se suspende a favor de los incapaces y, en general, de quienes se encuentran bajo tutela o curaduría»*, así como entre *«el heredero beneficiario y la herencia»*, entre otros casos⁵¹. Al cesar la causa de la suspensión, el término continúa su decurso -si había empezado a contarse- o se inicia -en caso de estar en suspenso su inicial departir-.

Por su parte, el artículo 2539 del Código Civil precisa que el término fatal se interrumpe *«ya natural, ya civilmente»*. La interrupción natural ocurre -continúa el canon referido- *«por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa, ya tácitamente»*. La civil se da con la presentación de la demanda

⁴⁹ CSJ, SC. 3 may. 2022. Exp. 6153.

⁵⁰ Código Civil. Artículo 2535. *«La prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente cierto lapso de tiempo durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones. Se cuenta este tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible»*.

⁵¹ Código Civil. Artículo 2530: *«La prescripción ordinaria puede suspenderse sin extinguirse; en ese caso, cesando la causa de la suspensión, se le cuenta al poseedor el tiempo anterior a ella, si alguno hubo. La prescripción se suspende a favor de los incapaces y, en general, de quienes se encuentran bajo tutela o curaduría. Se suspende la prescripción entre el heredero beneficiario y la herencia. Igualmente se suspende entre quienes administran patrimonios ajenos como tutores, curadores, albaceas o representantes de personas jurídicas, y los titulares de aquellos. No se contará el tiempo de prescripción en contra de quien se encuentre en imposibilidad absoluta de hacer valer su derecho, mientras dicha imposibilidad subsista»*.

judicial, siempre que se reúnan los requisitos procesales – dentro de los cuales se incluye que la notificación del auto admisorio de la demanda se efectúe dentro del término de un año, a voces del artículo 94 del CGP -.

Finalmente, el deudor puede renunciar al término de prescripción una vez que ha vencido. La renuncia al término de prescripción de la acción puede ser tácita o expresa. Y aquélla se configura *«cuando el que puede alegarla manifiesta por un hecho suyo reconoce que el derecho del dueño o del acreedor; por ejemplo, cuando cumplidas las condiciones legales de la prescripción, el poseedor de la cosa la toma en arriendo, o el que debe dinero paga intereses o pide plazos»* (se subraya)⁵². Al respecto, esta Sala puntualizó que, *«de conformidad con el artículo 2514 del Código Civil, para que ella ocurra es necesaria la presencia de un hecho inequívoco de parte de quien puede beneficiarse de ese modo extintivo, en virtud del cual reconoce el derecho de su acreedor. No se trata de cualquier manifestación, sino de una que, per se, refleje la voluntad cierta del deudor de seguir comprometido en el vínculo jurídico que lo ata a su acreedor, que bien pudo diluir enarbolando la prescripción. Al fin y al cabo, esa renuncia o abdicación constituye un acto unilateral de carácter dispositivo que devela el propósito incontestable de no querer aprovecharse de la desidia o inacción del acreedor en el ejercicio de su derecho. El deudor, pese a contar con la posibilidad jurídica de frustrar la reclamación de aquel por el camino de enrostrarle su omisión o dejadez, decide libre y conscientemente honrar su deber de prestación, de forma tal que mediante acto suyo, reconoce expresa o tácitamente los lazos jurídicos que lo constriñen a satisfacer el derecho de su acreedor. Debe tratarse, entonces, de una situación que no ofrezca duda alguna sobre el reconocimiento que hace el demandado del derecho de su demandante, o, lo que es mejor, de su voluntad de ‘abdicar de la facultad*

⁵² Código Civil. Artículo 2514.

adquirida' de invocar la prescripción (G.J. t. XLVII, pág. 432), sin que entonces pueda deducirse la renuncia de los simples tratos previos o precisiones que hayan tenido o hecho las partes sobre asuntos vinculados [...] tanto más si se tiene en cuenta que no se presume que alguien renuncia fácilmente a su derecho (iure suo facile renuntiare non praesumitur)»⁵³. De modo que el pago de sumas de dinero sobre obligaciones pendientes una vez vencido el término de prescripción de la acción, constituye un hecho inequívoco de renuncia tácita a dicho lapso.

5.2. El artículo 2536 del Código Civil dispone que la acción ejecutiva se extingue en cinco años, mientras que la ordinaria fenece pasados diez. Con todo, según se precisó *ut supra*, la ley establece términos de prescripción especiales para ciertas acciones, tales como las derivadas del contrato de seguro. Con respecto a la prescripción de estas se ofrece lo que viene.

5.2.1. El artículo 1081⁵⁴ del Código de Comercio establece el régimen de prescripción de todas las acciones derivadas del contrato de seguro⁵⁵. Este enunciado normativo tiene un aspecto plural. Esto es, dispone dos tipos de prescripción: la ordinaria -subjética- y la extraordinaria -

⁵³ CSJ SC, 1 jun. 2005, exp. 7921.

⁵⁴ Código de Comercio. Artículo 1081: «*La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes*».

⁵⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil, marzo 4 de 1989: «*lo que significa que abarca o comprende todos los medios legales existentes para que los sujetos que se encuentran formando parte de tal tipo de relación contractual, o con interés en ella y sus efectos, puedan acudir a la jurisdicción, a fin de que se les administre justicia respecto del litigio que se suscite en relación con la misma*».

objetiva-. Aquella tiene un término de dos años; y esta, de cinco⁵⁶. Ahora bien, el inicio del cómputo difiere, según el caso⁵⁷. Así, la ordinaria inicia su decurso en el momento en el cual el titular de la acción tuvo conocimiento real o presunto del hecho que da base para la acción. De ahí que sea subjetiva. Mientras que la extraordinaria principia desde el momento en que nace el respectivo derecho. Se trata, pues, de un término objetivo⁵⁸.

Sobre la temática, esta Sala ha señalado lo siguiente:

«[L]as expresiones “tener conocimiento del hecho que da base a la acción” y “desde el momento en que nace el respectivo derecho” (utilizadas en su orden por los incisos 2° y 3° del artículo 1081 del C. de Co.) comportan ‘una misma idea’, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de este, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’’. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”. En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado

⁵⁶ CSJ, SC4904-2021

⁵⁷ CSJ SC, feb. 12 2007, rad. 1999-00749.

⁵⁸ CSJ SC, 29 jun. 2007, rad. 4690. «la prescripción extraordinaria irrumpirá a partir del surgimiento, en el cosmos jurídico, del respectivo derecho, independientemente de cualquier enteramiento que sobre su existencia tenga o no el titular; basta pues su floración, como tal, para que la prescripción extraordinaria empiece a correr. De ahí su caracterizada y anunciada objetividad, que se contrapone, por completo, a la más mínima subjetividad».

en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria (...)»⁵⁹.

Por supuesto que estos plazos fatales son susceptibles de interrupción -natural o civil-.

5.2.2. Pues bien, el hecho que da base a la acción desde el punto de vista del asegurado o beneficiario es el siniestro⁶⁰, esto es, la materialización del riesgo asegurado⁶¹. El SOAT, por mandato de la ley, debe amparar: los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones; la incapacidad permanente; la muerte y gastos funerarios de la víctima como consecuencia del accidente, siempre y cuando ocurra dentro del año siguiente a la fecha de este; y los gastos de transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud⁶². El SOAT, huelga decirlo, es un típico contrato de seguro con una detallada regulación especial contenida en el EOSF y los decretos que lo reglamentan. Pero el numeral 4° del artículo 192 del EOSF remite al Código de Comercio en lo no previsto por esa normativa especial. En la medida en que el EOSF no contiene disposiciones relativas al término de prescripción de la acción de este contrato de seguro, se impone acudir a las normas que regulan ese tipo negocial en el Código de Comercio.

⁵⁹ CSJ, SC, 3 may. 2000, exp. 5360, reiterada en SC 4904-2021. Cfr. sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139. Y, Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

⁶⁰ J. Efren Ossa G. *Teoría General del Seguro: El Contrato*. Ed Temis. 1984. P. 452.

⁶¹ Artículo 1072 del Código de Comercio.

⁶² EOSF. Art. 194. Núm. 1.

Al materializarse, pues, unos o algunos de estos riesgos asegurados por el SOAT -según lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio- empieza a correr el término de prescripción extraordinario -de cinco años- de la acción de seguros para todos los interesados. No obstante, el término de la prescripción ordinaria sólo inicia su cómputo a partir del momento en que el interesado tuvo conocimiento del hecho generador de la acción respectiva. En concreto, las clínicas, entidades hospitalarias y prestadoras de servicios de salud que atiendan víctimas de accidentes de tránsito, se enteran del siniestro al momento en que le prestan los servicios de salud al paciente⁶³. Estas instituciones cuentan, pues, con dos años contados a partir de la fecha de atención médica a la víctima en sus instalaciones o a partir de la fecha de egreso del paciente de la IPS -o acaecido cualquier otro riesgo asegurado en el SOAT- para ejercer la acción derivada del contrato de seguro, en calidad de beneficiarias, y en contra de las aseguradoras⁶⁴. Sin perjuicio, claro está, de que en el interregno opere la interrupción de la prescripción que reinicie el cómputo del término o que la aseguradora renuncie al mismo.

5.2.3. En estos casos, sin duda, puede operar la interrupción natural del plazo perentorio si la aseguradora

⁶³ Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Art. 2.6.1.4.4.1. Criterio que adoptó antaño la Superintendencia Financiera de Colombia en Concepto No. 2008026912-001 del 16 de julio de 2008.

⁶⁴ «En suma, la prescripción ordinaria de las acciones ejecutivas y declarativas con que cuentan las IPS para reclamar el pago del amparo de gastos de salud del SOAT será de dos años, contados a partir del momento en que dicha IPS “haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”, lo cual, según la regulación especializada, sucede cuando la víctima del accidente de tránsito “fue atendida o (...) egresó de la institución prestadora”. CSJ, SC3075-2024.

hace pagos parciales de las reclamaciones extrajudiciales que le presenten las entidades beneficiarias del SOAT o de alguna otra manera reconoce la existencia de la obligación. De modo que, a partir de la fecha en que la compañía de seguros realice el pago parcial de una de estas reclamaciones, se reinicia el cómputo del término fatal de dos años que extingue la acción para la entidad reclamante.

6. En este caso, al referirse al tema de la prescripción extintiva en el caso del SOAT, el Tribunal se pronunció en los siguientes términos:

«Sobre la prescripción de estas acciones, teniendo en cuenta que la normatividad del SOAT no consagra disposición específica en este tema para esta modalidad de seguro, en consideración a lo dispuesto por el artículo 192 numeral 4 del Decreto 663 de 1993, según el cual en lo no previsto en el capítulo referente al seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio, y en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, se aplica entonces ora en los procesos ejecutivos o en los declarativos, la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguros contenida en el art. 1081 del Código de Comercio, por ser norma especial, en la que el legislador no hace distinción alguna sobre este particular; disposición normativa que consagra que la prescripción de las acciones es ordinaria y extraordinaria. De éstas, “La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho”.

Ahora bien, en el caso de reclamaciones derivadas de la prestación de servicios de salud con ocasión del contrato de seguros, esos parámetros generales de temporalidad para contabilizar la prescripción deben armonizarse con lo dispuesto en el art.41 del Decreto 56 de 2015, compilado por el artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, según cuyo num.1)1.1. para las instituciones prestadoras de salud, la prescripción comienza a contar desde “... 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...”, reglamentación que sin embargo, aplica en caso de que ante la falta de pago oportuno, el acreedor haga uso del título ejecutivo constituido conforme a las previsiones del contrato de seguros, para ejercer la acción ejecutiva. Sin embargo, encontramos otra tesis, según la cual, cuando lo que se ejerce es la acción declarativa, como en este caso, la prescripción de la misma queda sujeta a lo previsto para la acción ordinaria en el art. 2356 del Código Civil, modificado por el art.8° de la Ley 791 de 2002, que es de diez (10) años». (Se subraya)

Y al aplicar esta regla al caso concreto, el Tribunal estimó que:

«Respecto de la excepción de mérito de “prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro”, tenemos que señalar que la parte demandada aduce prescrita la acción respecto de las facturas 6.815 a 85.151; respecto de lo cual cabe señalar que los servicios médicos representados en las facturas de marras, fueron prestados entre los años 2009 a 2014, sin embargo, independientemente de la clase de prescripción que se aplique, ninguna de ellas se configura, no solo porque tal fenómeno fue interrumpido con el pago de abonos parciales a las mismas, sino porque a la fecha de presentación de la demanda que dio origen a este proceso, habían sido pagadas total o parcialmente por la deudora, e incluso, algunas fueron pagadas en exceso del valor debido, aplicándose el excedente a favor de la demanda por la auxiliar de la justicia perito contable que presentó el dictamen pericial ordenado en el proceso, elaborado con la colaboración de los dos litigantes y no objetado por éstos, quedando luego de los rubros descontados por los conceptos aquí enunciados y los señalados en párrafo anterior, finalmente un saldo por capital a cargo de la demandada, de \$2.691.752.907,00 por el que se dispuso continuar la ejecución. (...)»⁶⁵.

El Colegiado resolvió, pues, no declarar probada la excepción de prescripción al estimar que a la acción declarativa por reclamación en virtud del SOAT le era aplicable el término de diez años del artículo 2536 del Código Civil. En efecto, el sentenciador consideró que, en la medida

⁶⁵ Cuaderno del Tribunal. Sentencia de segunda instancia. págs. 12-13...

en que las facturas allegadas como prueba de la prestación de servicios médicos a víctimas de accidentes de tránsito databan -las más antiguas- de 2009 y la demanda se presentó el 25 de abril de 2016, no había fenecido el periodo decenal. Y sostuvo, adicionalmente, que en la medida en que la compañía de seguros hizo pagos parciales, se interrumpió el término de prescripción, con lo cual tampoco habría operado este fenómeno liberatorio.

6.1. Esta Sala reitera que, tratándose de la acusación por la vía directa, la valoración probatoria está al margen de la discusión. El estudio que hace esta Corporación se limita a evaluar si el ejercicio de subsunción -de los hechos en la ley sustancial- efectuado por el *ad quem* se ajustó a la legalidad o anduvo desatinado, bien por aplicar al supuesto fáctico una norma a todas luces inaplicable o bien por inaplicar la que debía regir ese asunto.

Y bien, en este caso, el sentenciador estimó que las facturas allegadas por la activa al plenario cubrían el periodo 2009-2014. Que se trataba de reclamaciones de una IPS en virtud de pólizas SOAT. Que la aseguradora había realizado pagos parciales de la mayoría de esas reclamaciones. Y que en algunos casos había pagado en exceso de lo reclamado. Pero el Colegiado subsumió estos hechos en el artículo 2536 del Código Civil -no aplicable a acciones derivadas del contrato de seguro- y, en consecuencia, resolvió declarar no probada la excepción de prescripción por no haber transcurrido diez años desde la fecha de prestación del servicio. El sentenciador no aplicó el artículo 1081 del

Estatuto Comercial a una acción derivada del contrato de seguro, debiendo hacerlo.

6.2. Y el error es trascendente por lo siguiente: en efecto, a partir de la fecha de la atención médica o del egreso del paciente -fecha en que la activa tuvo conocimiento del siniestro- inició a correr el término de prescripción ordinaria de dos años -artículo 1081 del Código de Comercio- para cada una de las reclamaciones. Dicho lapso pudo haberse interrumpido, en cada caso, por pago parcial. Y en los casos en que hubo pagos parciales después del vencimiento del término de prescripción, habría operado incluso la renuncia tácita.

En la medida en que la demanda se radicó el 25 de abril de 2016, operó la prescripción ordinaria de todas las acciones judiciales relativas a los siniestros -accidentes de tránsito- cuya atención médica prestó la demandante antes del 25 de abril de 2014, siempre y cuando no se hubieren hecho pagos parciales sobre dichas obligaciones en fecha posterior, en cuyo caso, o bien operó la interrupción natural del término prescriptivo -si no habían pasado dos años- o bien se configuró la renuncia tácita a la prescripción -si el término ya había fenecido-.

7. Así las cosas, habrá de casarse la sentencia impugnada. No habrá condena en costas a cargo de la demandada por haber prosperado el recurso.

7.1. No obstante, a tenor de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 349 del Código General del Proceso, el fallo de reemplazo será adoptado una vez se recaude la prueba pericial que corresponde incorporar. Recuérdese, que dentro del proceso se decretó la práctica de una experticia a cargo de perito contable⁶⁶ con el fin de determinar «*el valor facturado y cobrado por parte de la Clínica Jaller S.A. a la compañía QBE Seguros S.A. entre los años 2010 a 2015, con ocasión de la atención en salud que le ofreció a las personas que resultaron lesionadas en accidentes de tránsito*» y «*cuál de las facturas han sido canceladas por parte de QBE Seguros S.A. y la fecha en que se realizó dicho pago*»⁶⁷. La experticia contable podría recibirse, en este caso, como el medio de prueba pertinente, necesario e idóneo para establecer la existencia de hechos en los que se apoyan las pretensiones de la demandante -cobro de atención en salud a la aseguradora- y las excepciones de la demandada -prescripción extintiva y pago, entre otras-. Y, especialmente, para calcular los intereses moratorios causados a la fecha sobre las obligaciones pendientes.

Esta Sala ha reiterado que cuando se tratan aspectos técnicos en el plenario, se acentúa la importancia de las experticias⁶⁸. Las facturas allegadas y sus anexos, así como los recibos de pago, son documentos que sirven para

⁶⁶ Cuaderno del Juzgado. Fl. 11995.

⁶⁷ Código Civil. Artículo 2514.

⁶⁸ «[u]n dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga. Así, con base en la información suministrada, podrá el juez, ahora sí aplicando las reglas de la experiencia común y las propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son causas o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan, pero no ocasionan» (Sentencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia del 26 de septiembre de 2002, Rad. 6878, reiterada en SC3847-2020, Rad. 2013-00092-01, del 13 de octubre de 2020).

acreditar la existencia y cuantía de obligaciones y su cumplimiento, respectivamente. Sin embargo, de esos instrumentos también podrían desprenderse aspectos contables y financieros de carácter técnico: el cálculo detallado de monto de la obligación -según la factura y sus anexos-, fecha de pago total o parcial -según recibo de caja o equivalente-. El perito contable es quien cuenta, pues, con el conocimiento especializado necesario e idóneo para calcular la cuantía de las obligaciones contenidas en las facturas, previa deducción de los pagos realizados, especialmente cuando el dictamen versa sobre un volumen especialmente alto de documentos.

Sobre el particular, la perito contable rindió su dictamen oportunamente dentro del proceso habiendo revisado 6.615 facturas y 20.000 recibos de pago, según información que las partes le suministraron⁶⁹. Pero no obstante el trabajo desplegado y la magnitud del volumen documental que fue puesto a su disposición, tal experticia carece de precisión y exhaustividad. En primer lugar, porque la liquidación de intereses allí establecida solo llegó hasta el año 2019. En segundo término, porque no tuvo en cuenta que las facturas emitidas antes del 25 de abril de 2014 -y sobre las cuales no hubiese operado la interrupción o la renuncia- no se debían computar en el total. Y es que, en cualquier caso, corresponde al perito calcular los intereses moratorios de manera individualizada sobre cada una de las facturas con fechas de inicio de cómputo diferentes, según si

⁶⁹ Cuaderno del Juzgado. Expediente digital. Folder de documentos aportados por el perito.

hubo pagos parciales o no. Una operación que no por ser aritmética carece de complejidad, pues implica liquidar intereses día a día, en paralelo para cada uno de los montos adeudados, y teniendo en cuenta pagos parciales. Se trata, pues, de establecer los montos y fechas de pagos parciales, así como de calcular de manera fragmentada e individualizada los intereses moratorios causados sobre un volumen ingente de facturas.

7.2. Consecuencia inmediata del quiebre del fallo impugnado en casación es que esta Sala asume el lugar del sentenciador de segunda instancia. En este caso, el *a quo* advirtió la necesidad de la prueba pericial contable para depurar la información contenida en los documentos señalados. No obstante, en la medida en que esta Sala precisó el alcance y aplicación del artículo 1081 del Código de Comercio al *sub examine*, se sigue que de todas las facturas aportadas, solo algunas -a partir del 25 de abril de 2014- sirven de medio suasorio para cuantificar las pretensiones de la demanda o el alcance de las excepciones. Las demás, de fechas anteriores al acaecimiento del plazo fatal, resultan inconducentes o inútiles para acreditar hechos relevantes al proceso, salvo que sobre ellas hubiese operado la interrupción o renuncia a la prescripción.

En la medida en que este punto no estaba suficientemente decantado antes del decreto de la prueba pericial en la instancia, su alcance anduvo desenfocado, lo cual le resta precisión a la pericia. En esta medida, resulta necesario practicar un dictamen pericial contable que depure

la información del dictamen anterior, acotándolo a determinar con respecto a qué reclamaciones se hicieron pagos parciales en fecha posterior al 25 de abril de 2014 y el monto de dichos pagos. Asimismo, se ordenará la práctica de la nueva experticia con el objeto de que liquide los montos adeudados por concepto de cada una de las facturas expedidas después del 25 de abril de 2014, luego de deducir los pagos parciales. En todos los casos, se le pedirá al perito que liquide los respectivos intereses moratorios sobre el valor de las facturas -o de los saldos, según sea el caso-, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio.

CARGO PRIMERO

De acuerdo con el motivo segundo de casación, se acusó la sentencia de violar indirectamente los artículos 1054, 1072, 1077 y 1080 del Código de Comercio y los artículos 193 (numeral 1), 194 (numeral 1), y 195 (numeral 4) del Decreto Ley 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero-, disposiciones estas desarrolladas por los artículos 4 del Decreto 3990 de 2007, y 8 y 26 del Decreto 056 de 2015. Esto, como consecuencia de los errores de *«evidentes y trascendentes en la apreciación de la demanda presentada por CLÍNICA JALLER»*.

Alegó que el Tribunal interpretó equivocadamente la demanda impetrada. Primero, *«pues tergiversó su contenido al considerar que las pretensiones y los hechos invocados por la*

demandante tenían por objeto el cobro de una obligación dineraria incorporada en unas facturas cambiarias, y no la efectividad de una multiplicidad de pólizas del SOAT. En efecto, el ad quem sostuvo que el problema jurídico sometido a su decisión consistía, principalmente, en establecer si estaba demostrada la existencia de una obligación dineraria a cargo de la aseguradora demandada, para cuya decisión, en esencia, se limitó a verificar si las facturas (...) se habían presentado para el cobro y si habían sido “aceptadas” por la aseguradora».

Segundo, en tanto al considerar que lo peticionado se enmarcaba en el reembolso de unos gastos consignados en unas facturas cambiarias *«el ad quem deformó el sentido de la litis como si se tratara de la reclamación, por la vía declarativa, del derecho incorporado en unos títulos valores. Desconoció, entonces, que lo realmente solicitado por CLÍNICA JALLER correspondía a la reclamación de la indemnización a la que consideraba tener derecho en su calidad de beneficiaria de las pólizas del SOAT expedidas por QBE SEGUROS, por el acaecimiento de uno de los riesgos amparados por dicho seguro: la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a víctimas de accidentes de tránsito».*

Tercero, *«el ad quem se equivocó al optar por la alternativa que implicaba un estricto apego al tenor literal de algunas de las expresiones utilizadas por la demandante en su escrito introductorio como lo son las referencias a las facturas que aportó con su reclamación, sin tener en cuenta que estas, en realidad, eran parte del conjunto de elementos de juicio que debía ser objeto de estudio para determinar si se había presentado un siniestro que podía afectar las pólizas del SOAT».* Y cuarto, debido al desacierto hermeneúutico *«el Tribunal se abstuvo de comprobar si se habían acreditado la ocurrencia del siniestro y su cuantía, requisitos de los que dependía la prosperidad de la reclamación formulada».*

Todo ello, en transgresión de los artículos 1054, 1072, 1077 y 1080 del Código de Comercio «*normas sustanciales que prescriben que la obligación indemnizatoria de la compañía aseguradora está sujeta a la condición suspensiva de que el riesgo por ella amparado efectivamente se materialice, siempre que el beneficiario o asegurado acredite su derecho ante aquella, esto es, que demuestre la ocurrencia del siniestro y el monto al que ascendió*». En contravía de los preceptos 193 (numeral 1), 194 (numeral 1) y 195 (numeral 4°) del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero «*de conformidad con los cuales el pago de la indemnización a favor de la Institución Prestadora de Servicios de Salud depende de la ocurrencia del accidente y de que este haya generado consecuencias dañosas para la víctima, de manera que la prosperidad de la acción para reclamar las prestaciones correspondientes está sujeta a que se prueben el accidente, los daños corporales sufridos por la víctima y la atención médica que se le prestó*». Y en quebrantamiento del artículo 4 del Decreto 3990 de 2007 - vigente para los hechos ocurridos antes del 14 de enero de 2015 - y los artículos 8 y 26 del Decreto 056 de 2015 - vigentes desde del 14 de enero de 2015-, pautas que «*disponen, de manera general, que la efectividad de los derechos derivados de las pólizas del SOAT a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud depende de que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía, para efectos de lo cual la factura emitida por dicha Institución constituye únicamente un anexo de la reclamación, mas no se trata de un título autónomo que pueda ser presentado para cobro con prescindencia de los demás requisitos de los que depende el reconocimiento de la indemnización por el acaecimiento de un riesgo amparado por un contrato de seguro*».

Para demostrar los errores achacados al juez de segundo grado la censora empezó por citar extractos de proveídos de esta Sala sobre la demanda, su importancia

como acto procesal y la configuración del error de hecho por indebida interpretación del líbelo introductor. Enseguida, presentó la estructura argumentativa del sentenciador y citó algunos apartes de la sentencia cuestionada. En ese orden, criticó que *«aunque formalmente hizo referencia a la “protección de un derecho económico derivado de una póliza de seguros” e invocó las normas que regulan el SOAT, lo cierto es que equivocadamente analizó un problema jurídico distinto: determinar si la Institución Prestadora de Servicios de Salud demandante tenía derecho al pago de unas facturas cambiarias»*. Por lo cual, la recurrente se propuso explicar que *«la verdadera reclamación se concretaba en la exigencia judicial, por la vía declarativa, de una indemnización como consecuencia del acaecimiento de un riesgo amparado por una póliza del SOAT, lo que necesariamente imponía estudiar si el siniestro alegado efectivamente ocurrió y cuál era su monto»*.

Reiteró que *«el Tribunal se equivocó de manera ostensible al interpretar la demanda presentada por CLÍNICA JALLER y definir el problema jurídico planteado por la parte actora (...). En particular, el Tribunal alteró los pedimentos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud demandante, pues estudió un problema jurídico distinto al que le fue formulado —entendido en el marco que en derecho le correspondía—, toda vez que, se insiste, consideró que lo reclamado por la actora era el pago de las sumas de dinero incorporadas en unas facturas cambiarias, escenario en el que estimó que bastaba con analizar si dichos títulos valores se habían presentado ante la presunta deudora para su cobro y si esta los había objetado o rechazado. Sin embargo, una simple lectura de las pretensiones de la demanda, en concordancia con los hechos que les sirvieron de base y el marco jurídico de la controversia expuesto por la propia demandante, necesariamente conduce a una conclusión distinta: que CLÍNICA JALLER reclamó la efectividad de uno de los amparos otorgados por el SOAT por la presunta ocurrencia de*

múltiples siniestros cubiertos por la aseguradora que expidió las pólizas respectivas».

Concretó la demostración del yerro aludido de la siguiente manera: 1. Transcribió las pretensiones de la demanda con el fin de aseverar que la actora pidió que (i) que se reconociera la ocurrencia de un siniestro cubierto por QBE Seguros S.A., esto es, la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a personas que sufrieron daños corporales en accidentes de tránsito, amparados por pólizas de SOAT; y (ii) que la demandada pagara la indemnización por la materialización del mencionado riesgo. *«En ese contexto, las facturas relacionadas en la pretensión segunda fueron invocadas por la demandante como el soporte en el que constaría el nombre de las personas involucradas en el respectivo accidente y la atención médica recibida, según se colige del tenor de las pretensiones antes transcritas. Así las cosas, es claro que lo pedido por CLÍNICA JALLER no fue el pago de unas facturas cambiarias como títulos valores independientes del contrato de seguro, sino la efectividad de los derechos económicos derivados de una particular relación de aseguramiento, como lo es la que se incorpora en las pólizas del SOAT».* 2. Transcribió los hechos segundo, tercero, sexto y décimo de la demanda para afirmar que *«el derecho sustancial cuya satisfacción perseguía la demandante era el pago de la indemnización correspondiente por la realización de uno de los riesgos amparados por el SOAT (...). Esos servicios de salud y su cuantía, así como los nombres de las personas atendidas, según se señala en las pretensiones de la demanda, constarían en unas facturas que no son más que uno de los anexos de la reclamación formulada judicialmente para la efectividad del derecho económico derivado de un contrato de seguro».* 3. Memoró los fundamentos jurídicos expuestos por Clínica Jaller S.A. en la demanda con el objetivo de reforzar

que *«la controversia planteada por la demandante se circunscribió a la efectividad de unas pólizas de seguro, en particular, de pólizas del SOAT. Se destaca que ninguna mención existe en los fundamentos de derecho a las disposiciones legales que regulan las facturas, sus requisitos, exigibilidad o forma de pago».*

Adicionó que si eventualmente se considerara que existen otras posibles interpretaciones de la demanda *«en este caso el Tribunal habría optado por la hermenéutica que resultaba más apegada al tenor literal de algunos segmentos parciales y descontextualizados de la demanda, desconociendo el real sentido que jurídicamente correspondía asignarle al escrito introductorio, esto es, el que se ajustara a la verdadera naturaleza de la controversia: un conflicto sobre la efectividad de las coberturas derivadas de unos contratos de seguro y la exigibilidad de las indemnizaciones correspondientes. Lo anterior, toda vez que el conflicto suscitado entre las partes se enmarca en un sistema normativo particular, como lo es la reclamación derivada de la realización de unos riesgos presuntamente cubiertos por unas pólizas del SOAT, de manera que, en su labor interpretativa, el Tribunal debía propender por ubicar el debate en su verdadero contexto».*

Anotó que los errores aducidos son evidentes *«comoquiera que basta con la simple comparación del texto del escrito introductorio del proceso con las consideraciones y lo decidido en la sentencia de segunda instancia para encontrar demostrada la tergiversación de su contenido y alcance».* Enfatizó que, de la lectura integral de las pretensiones, sus fundamentos fácticos y jurídicos, *«se desprende con facilidad que la sociedad demandante pretendió el pago de la indemnización que se deriva de la ocurrencia de uno de los riesgos amparados por pólizas del SOAT, como lo es la prestación de servicios de salud a quien ha sufrido lesiones corporales en un accidente de tránsito. Por lo tanto, el planteamiento del Tribunal según el cual se habría acreditado que QBE SEGUROS recibió y “aceptó” la totalidad de*

las facturas presentadas por CLÍNICA JALLER, y que, por tal circunstancia, aún si fuera cierto, la aseguradora estaba obligada a pagar los “saldos insolutos” de las obligaciones incorporadas en las facturas allegadas con la demanda, es manifiestamente contrario a las pretensiones planteadas en la demanda». Asimismo, señaló que los errores son trascendentes «toda vez que, si el ad quem hubiera valorado en debida forma la demanda, la decisión de segundo grado habría sido diferente: se habría revocado la sentencia de primera instancia en cuanto declaró no probadas las excepciones de “improcedencia de la declaratoria de existencia de obligaciones a cargo de QBE SEGUROS S.A. SEGUROS” e “improcedencia del reconocimiento de facturas por falta de relación causal del servicio de salud prestado con la lesión padecida en el accidente de tránsito”, y condenó a QBE SEGUROS a pagar sumas que no le correspondían por no haberse probado la existencia del siniestro y su cuantía». Concluyó que en el contexto particular del SOAT, las facturas emitidas por las IPS constituye solo uno de los anexos que se deben aportar para sustentar una reclamación. «Por lo tanto, si no se demostró la existencia de la obligación reclamada, porque no se probó el siniestro, necesariamente debieron negarse las pretensiones de la demanda».

CONSIDERACIONES

1. El cargo fracasa, por las razones que pasan a exponerse.

2. En lo que concierne a las causales de casación relacionadas con la violación de normas sustanciales - primera y segunda-, el artículo 344 del Código General del Proceso exige el señalamiento de al menos una norma de carácter sustancial que, constituyendo base esencial del fallo impugnado o habiendo debido serlo, a juicio del censor haya

sido quebrantada. Tal exigencia es esencial porque a partir de allí se despliega la función nomofiláctica y de tutela del derecho objetivo que la ley asigna en sede casacional a la Corte.

La censora acusó al fallo de transgredir por la vía indirecta los artículos 1054, 1072, 1077 y 1080 del Código de Comercio, el numeral 1° del artículo 193, numeral 1° del 194 y numeral 4° del 195 del Decreto Ley 663 de 1993 y las normas que las desarrollan, a saber: artículos 4° del Decreto 3990 de 2007, 8 y 26 del Decreto 56 de 2015. De los referidos, son norma sustancial el artículo 1080 del Código de Comercio⁷⁰ y el numeral 4° del artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Esta última, en tanto que dispone que *«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»* tal como hace el 1080 del Estatuto Mercantil mencionado.

3. La demanda debe sujetarse a ciertos requisitos de forma que permitan el ulterior pronunciamiento de fondo por parte del sentenciador. Estas exigencias no obedecen a un criterio formulista sino al propósito de garantizar el derecho de contradicción de los contendientes. En efecto, el escrito inicial es el instrumento que activa la jurisdicción, propicia la constitución de la relación procesal y circunscribe el poder decisorio del juez⁷¹. En este orden de ideas, la demanda debe

⁷⁰ CSJ, S-251, 18 jul. 1989; CSJ, A-304, 16 dic. 2005; S-357, 12 oct. 1990; S-374, 19 dic. 2005; y CSJ, A-037, 16 feb. 2007.

⁷¹ *«De tanta trascendencia en los procesos judiciales es la escogencia de la acción y la manera de enderezarla, que de estas circunstancias depende muchas veces el éxito favorable o adverso de la demanda, ya que la sentencia que termine el juicio no puede*

expresar, con precisión y claridad -entre otras cosas-, aquello que se pretenda⁷². En su defecto, la falta de claridad u ambigüedad en el pedimento es causal de inadmisión⁷³. No obstante, cuando la imprecisión no se corrige en esta etapa, es deber del fallador, a efectos de proferir sentencia de mérito, auscultar el sentido del *petitum*⁷⁴. Y es que, de vieja data, esta Corporación precisó que «la acción judicial no es otra cosa que el derecho sustantivo ejercitado bajo forma procesal y lo importante es saber qué pide el demandante y los fundamentos de derecho cuya efectividad o respeto solicita, sin sujeción a fórmulas sacramentales y a denominaciones formalistas»⁷⁵. No obstante, el ejercicio hermenéutico «no puede moverse en campo ilimitado y arbitrario y no procede sino en casos en que los términos en que aparezca concebida la demanda permitan esta labor exegética que de ningún modo puede llevarse hasta la desestimación de sus declaraciones categóricas»⁷⁶. Pues bien, la demanda oscura o ambigua debe interpretarse como un todo. En efecto, la intención del accionante puede aparecer en los fundamentos de hecho y de derecho, más allá del acápite de pretensiones⁷⁷, sin desconocer que éstas deben estar cuando menos esbozadas para que el sentenciador las pueda auscultar. Esta interpretación debe ser racional, lógica, sistemática e integral⁷⁸. En otras palabras, debe propender por dar sentido

considerarse legalmente como verdadera decisión de la controversia sino en cuanto recaiga determinada y exclusivamente sobre la acción intentada y la manera en que lo haya sido, especialmente la forma en que hayan sido emplazadas las partes para debate». CSJ, SC, 15 jul. 1942, GJ, LIV, p. 441.

⁷² Código General del Proceso. Artículo 82. Numeral 4.

⁷³ Código General del Proceso. Artículo 90.

⁷⁴ CSJ, SC775-2021.

⁷⁵ CSJ, SC, 27 mar. 1939, GJ, XLVII. p. 749.

⁷⁶ CSJ, SC, 15 jul. 1942, GJ, LIV, p. 441.

⁷⁷ CSJ, SC, 15 nov. 1936, GJ, XLIV, p. 527. Reiterada en CSJ, SC, 16 feb. 1995, GJ, CCXXXIV, p. 234 y en CSJ, SC, 6 may. 2009, exp. 2002-00083-01.

⁷⁸ CSJ, SC, 6 may. 2009, exp. 2002-00083-01.

al texto, sin suplantar la voluntad del accionante, en aras de dar prevalencia al derecho sustancial⁷⁹.

4. De manera preliminar, esta Corporación advierte que el cargo incurre en sendos defectos técnicos que precluyen su estudio de fondo. En primer lugar, el embate se enfila a combatir un punto que no fue objeto de reparos en el recurso de apelación⁸⁰. Así pues, el reparo constituye un medio nuevo, no susceptible de ser ventilado en casación⁸¹. Asimismo, el embate luce desenfocado, por cuanto distorsiona⁸² el hilo conductor de la decisión del *ad quem*, haciéndolo decir algo que en realidad no dijo⁸³.

4.1. En efecto, en el *sub judice*, el casacionista denunció la incursión del Tribunal en yerro fáctico en la valoración del escrito inicial. Al respecto, indicó que el *ad quem* estimó equivocadamente que lo pedido era el cobro de derechos económicos incorporados en facturas, cuando el objeto del debate era obtener el pago de la indemnización por siniestros

⁷⁹ «La falta de claridad de la demanda, por lo tanto, no sirve para excusar una sentencia de mérito, sin antes intentar siquiera descifrarla, como remedio posible para evitar un fallo inhibitorio. En ese caso, incumplir la tarea de desentrañar el verdadero sentido y alcance del libelo, obvio, sin sustituirlo, conllevaría echar por tierra caros principios como el de efectividad y prevalencia del derecho sustancial, y el de libre acceso a la administración de justicia, bastiones del Estado constitucional y social de derecho. En éste punto, el juez ha de ser extremadamente celoso, a todo trance, evitando un resultado nefasto, en contra del derecho fundamental de acceso a la justicia». CSJ, SC8210-2016.

⁸⁰ Expediente digital. Sustentación del recurso de apelación. Archivo «15.- Sustentación Apelación Clínica Jaller vs. QBE».

⁸¹ SC706-2024.

⁸² «en casación, un ataque preciso y enfocado requiere, al decir de la Corte, que “guarde adecuada consonancia con lo esencial de la motivación que se pretende descalificar, vale decir que se refiera directamente a las bases en verdad importantes y decisivas en la construcción jurídica sobre la cual se asienta la sentencia, habida cuenta de que si blanco del ataque se hacen los supuestos que delinea a su mejor conveniencia el recurrente y no a los que objetivamente constituyen el fundamento nuclear de la providencia, se configura un notorio defecto técnico por desenfoque». CSJ, AC2309-2020. Reiterada en CSJ, SC, 26 mar. 1999, CCLVIII, p. 294.

⁸³ CSJ, SC368-2023.

amparados por pólizas de seguro obligatorio SOAT que expidió la compañía de seguros demandada. Adujo que, de no haber incurrido en este dislate, el Tribunal hubiese declarado probadas sendas excepciones que habrían conllevado el fracaso de las pretensiones de la demanda.

4.2. Pues bien, sobre el particular, el Colegiado se pronunció en los siguientes términos: *«...para lograr la tutela judicial de protección de un derecho económico derivado de una póliza de seguros, el asegurado o el beneficiario pueden acudir a la acción ejecutiva, o a la acción declarativa de condena. Respecto de la primera de las acciones, esto es, la ejecutiva, en términos generales, el art.1053 del Código de Comercio preceptúa que “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” ; eventos en los cuales por el objetivo mismo del contrato, en los dos primeros casos la póliza por sí sola presta mérito ejecutivo; en tanto que en el tercer caso, como quiera que ella debe ir aparejada de los documentos y comprobantes que sean indispensables para acreditar el siniestro y la cuantía de la reclamación, el título ejecutivo es complejo, pero en todos dichos casos, con posibilidad del ejercicio de la acción ejecutiva... Ahora bien, si por alguna razón el acreedor deja vencer los términos para presentar tales títulos al cobro ejecutivo o las facturas fueron objetadas o glosadas o rechazadas por la deudora y no corregidas en tiempo por el prestador del servicio de salud, puede*

comparecer en juicio declarativo a obtener el reconocimiento e existencia de la deuda; escenario en el que la parte demandada puede atacar tales pruebas documentales en orden a desvirtuar la obligación en ellas contenida; en relación con cuya posibilidad, el tratadista Martín Agudelo Ramírez en el artículo “El mérito ejecutivo de la póliza de seguros y sus implicaciones frente al proceso ejecutivo” destaca que puede “...el beneficiario o asegurado solicitar de la jurisdicción que se declare el derecho del cual se considera titular, reclamando específicamente condena por medio de una decisión de mérito. Se está ante la posibilidad de un reclamo que no tiene como punto de partida la afirmación de un derecho cierto e insatisfecho. El actor busca la imposición de una prestación de dar frente a la aseguradora, para que una vez se emita sentencia se constituya en un título ejecutivo; dicha pretensión se realiza generalmente cuando considera que no se dan los supuestos de los artículos 488 del Código de Procedimiento Civil (sobre las condiciones de los títulos ejecutivos generales) ó 1053 del Código de Comercio (sobre el mérito ejecutivo de la póliza de seguro "por sí sola") ; para significar entónces, que el interesado en el reconocimiento económico de una prestación derivada de una póliza de seguros, bien puede acudir al proceso declarativo para obtener el reconocimiento judicial de la misma»⁸⁴. En síntesis, el Tribunal sostuvo que, en general, los beneficiarios de pólizas de seguro y, en concreto, de SOAT, pueden acudir al proceso ejecutivo, cuando se configure el título ejecutivo -complejo, en este caso-, o al declarativo, cuando esté en discusión el derecho a la indemnización. Al estudiar el recurso de alzada, el sentenciador puntualizó que «la empresa demandante no acudió a la acción ejecutiva para reclamar el pago de las facturas que reflejan la prestación de los servicios médicos a cuyo reconocimiento aspira; sin embargo, contrario a lo que la demandada aduce, la parte actora hizo uso de la acción declarativa de condena, pues no solo pretende que se declare la existencia de una obligación a cargo de la compañía aseguradora demandada, sino que

⁸⁴ Cuaderno del Tribunal. Sentencia. pág. 10.

también se le ordene al polo pasivo efectuar el pago correspondiente, como puede observarse en el punto 1° de las pretensiones, donde solicita que se declare que prestó servicios médicos a pacientes cubiertos con pólizas SOAT expedidas por la compañía de seguros demandada; en tanto que en los puntos 2° y 3° solicita que se declare que dicha empresa tiene la obligación de pagarle las facturas que anexa, en cuantía de \$4.926.403.078,00 (obligación de dar), más los intereses moratorios correspondientes al interés bancario corriente incrementado en un 50%; y el punto 4° donde solicita que se condene a la demandada en costas del proceso; de manera que tomando en consideración por una parte, que para la expresión de las pretensiones no se requiere el uso de exclusivo de cierto tipo de palabras, sino que con las que se utilicen pueda el juez deducir cual es el alcance de lo pedido por la parte actora; y de otra parte, ante la claridad de las pretensiones esbozadas, analizadas en concordancia con la parte introductoria de la demanda y con los supuestos fácticos que la soportan, especialmente con los hechos 9° y 10° del libelo, se advierte que éstas refulgen con el claror suficiente para colegir que aspira a que se reconozca la existencia de la obligación por la prestación de servicios médicos suministrados a pacientes amparados por pólizas SOAT expedidas por la compañía demandada, y que en consecuencia, se ordene a la parte demandada a pagarle el valor de tales servicios, más los intereses y costas procesales; escenario entonces en el que ninguna interpretación se imponía realizar, por lo que este reparo no tiene vocación de prosperidad»⁸⁵. De modo que no es cierto, como aduce el recurrente, que el Tribunal hubiese pasado por alto que lo pretendido por la actora era obtener el pago de indemnizaciones por siniestros amparados en pólizas de seguro SOAT. Precisamente, lo que señaló el Colegiado fue que las pretensiones estaban encaminadas a que se declarara la existencia de una obligación de indemnización por siniestros amparados en SOAT y, en consecuencia, se impusiera la condena al pago

⁸⁵ Cuaderno del Tribunal. Sentencia. pág. 14.

correspondiente. En otras palabras, el embate es fútil, pues se encamina a pedir que esta Corporación declare que el sentenciador interpretó la demanda en el mismo sentido en el que efectivamente la interpretó.

4.3. Con todo, aun si se pasaran por alto los defectos técnicos referidos, esta Sala constata que en la demanda se pidió *«que se declare»*⁸⁶: i) que la demandante prestó servicios de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria a personas en sendos accidentes de tránsito, amparados por SOAT expedidos por la demandada; ii) *«la obligación que tiene QBE Seguros S.A. Sigla QBE Colombia o QBE Seguros NIT 860.002.534-0, de pagar a Clínica Jaller S.A.S. NIT 802.016.761-6, la suma de cuatro mil novecientos veintiséis millones cuatrocientos tres mil setenta y ocho pesos (\$4.926.403.078) por concepto de servicios de atención médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria por daños corporales causados en accidentes de tránsito a personas amparadas por pólizas de SOAT expedidas por la Demandada»*⁸⁷; *«la obligación que tiene QBE Seguros S.A. Sigla QBE Colombia o QBE Seguros NIT 860.002.534-0, de pagar a Clínica Jaller S.A.S. NIT 802.016.761-6, los intereses moratorios correspondientes al interés bancario corriente incrementado un 50% que se hayan causado desde la fecha que se hicieron exigibles las facturas relacionadas en el numeral anterior, hasta el día del pago de las mismas»*⁸⁸. También pidió condena en costas. En los hechos de la demanda, el demandante señaló que 30 días después de radicar las facturas para el pago, *«la demandada se encontraba legalmente obligada a pagar a mi poderdante el valor de las facturas»*⁸⁹. Y que *«al no darse el pago por parte de la demandada, en el término perentoriamente establecido en la norma citada en los*

⁸⁶ Cuaderno Principal del Juzgado. Fl. 223.

⁸⁷ *Ibidem*. Fl. 224.

⁸⁸ *Ibidem*. Fl. 445.

⁸⁹ *Ibidem*. Fl. 223.

*fundamentos jurídicos de esta demanda, estas se encuentran vencidas, causándose intereses moratorios a partir de su vencimiento; y procede su cobro por vía judicial»*⁹⁰. En esta medida, la valoración que hizo el Tribunal no luce antojadiza ni desfasada. Por el contrario, se advierte que la lectura en conjunto de los hechos y las pretensiones de la demanda, permitía colegir que lo pedido era la declaración de la obligación de indemnizar originada en la prestación de servicios amparados por SOAT y la consecuente condena al pago de esas indemnizaciones más los intereses moratorios. Por lo demás, el hecho de que al plenario se hubieren allegado sendas facturas como medio de prueba de la existencia de las obligaciones reclamadas, no era indicativo de que las pretensiones se hubieren encausado por la vía ejecutiva.

5. Por estas razones, el cargo fracasa.

CARGO TERCERO

Fincada en la causal segunda de casación, la pretensora criticó el fallo por haber quebrantado los artículos 2539 del Código Civil, 1081 del Código de Comercio, numeral 4 del artículo 192 del Decreto Ley 663 de 1993, 10 del Decreto 3990 de 2007 y 11 del Decreto 056 de 2015. Como consecuencia de errores evidentes y trascendentes en la apreciación del dictamen pericial elaborado por la señora Martha Cecilia de Andreis Avendaño y su anexo.

⁹⁰ *Ibidem*. Fl. 223.

Planteó que el Colegiado *«cercenó el contenido del dictamen pericial elaborado por la experta Martha Cecilia de Andreis Avendaño y su anexo, pues no advirtió que, en este último (...) la perito dio cuenta de la fecha en la que se hicieron abonos o pagos parciales respecto de cada una de las reclamaciones que son objeto de la demanda y el saldo que habría quedado pendiente luego de descontarlos»*. Argumentó que comparada la fecha del último abono de cada una de las reclamaciones con la fecha de presentación de la demanda (25 de abril de 2016) existe un total 4.272 reclamaciones respecto de las que operó la prescripción extintiva. Comoquiera que *«transcurrieron más de dos (2) años entre las fechas de los respectivos abonos y la fecha de presentación de la demanda»*.

Lo anterior implicó la violación de las normas que regulan la prescripción extintiva de las acciones derivadas del SOAT y su interrupción. En concreto, la casacionista aseveró que el fallador *«desatendió los mandatos de los artículos 1081 del Código de Comercio y 192 (numeral 4) del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, desarrollados por los artículos 10 del Decreto 3990 de 2007 y 11 del Decreto 056 de 2015, en la medida en que no reconoció sus efectos en el caso concreto, esto es, la extinción de las acciones para reclamar la efectividad del SOAT (...)*. Adicionalmente, *el ad quem vulneró lo establecido en el artículo 2539 del Código Civil pues, a pesar de que transcurrieron más de dos (2) años entre la fecha de la interrupción de la prescripción —que corresponde a la del último abono realizado respecto de cada reclamación individualmente considerada— y la fecha de presentación de la demanda, estimó que no se había consolidado dicho fenómeno extintivo»*.

Para aterrizar el yerro, transcribió el acápite del fallo de segundo grado relacionado con el embate. Adujo que el Tribunal *«consideró que, según el dictamen pericial practicado en el*

proceso, respecto de la totalidad de las reclamaciones presentadas por CLINICA JALLER habría operado el fenómeno de la interrupción de la prescripción y que, para la fecha de presentación de la demanda, ese modo extintivo de las acciones y los derechos correlativos no se habría consolidado. Lo anterior, debido a que la compañía aseguradora: (i) realizó pagos totales de algunas de las reclamaciones; (ii) pagó otras en exceso de su valor, por lo que el saldo a su favor fue descontado de la condena; y (iii) hizo abonos parciales respecto de otras. Por esa razón, ratificó la decisión del a quo de declarar no probada la excepción de prescripción de las acciones del contrato de seguro, y mantuvo en firme la condena impuesta a la compañía aseguradora en el sentido de pagar la totalidad del saldo que, según el dictamen pericial, estaría pendiente de ser cancelado, salvo por los siguientes descuentos: (i) \$53.246.765 por pagos efectuados sin soporte; (ii) \$4.906.332 por reclamaciones relativas a pólizas que no fueron expedidas por QBE SEGUROS; y (iii) \$9.744.223 por la prosperidad de la excepción de agotamiento del valor asegurado respecto de algunas reclamaciones».

La censora criticó al juzgador de segundo grado por inadvertir que en el anexo del dictamen se individualizó cada uno de los abonos y su fecha. Producto de lo cual no se percató de que operó la prescripción «*en relación con 4.272 facturas, toda vez que respecto de tales reclamaciones el término de prescripción comenzó a contarse nuevamente luego de la realización de los respectivos abonos, y transcurrieron más de dos (2) años antes de la fecha de la presentación de la demanda*». Subrayó que en el anexo citado «*la perito Martha Cecilia de Andreis Avendaño dio cuenta: (i) de cada reclamación individual, que corresponde a la columna que denominó “No. FACTURAS”; (ii) de la cuantía y la fecha en la que se realizaron abonos respecto de cada una de esas reclamaciones, como consta en las columnas denominadas “No. RECIBO DE CAJA”, “FECHA RECIBO DE CAJA” y “VLR CANCELADO S/ AUD”; y (iii) del saldo insoluto que habría quedado insatisfecho luego de descontar, del valor de cada*

reclamación, las sumas abonadas por la aseguradora, que se consignó en la columna denominada “SALDO S/AUD”.

Consiguientemente, bajo el criterio de la impugnante, el *ad-quem* debía contrastar la fecha de la columna «FECHA DE RECIBO DE CAJA» con la fecha de presentación de la demanda - 25 de abril de 2016 - para determinar si se había consolidado la prescripción extintiva «*porque el término había corrido completo nuevamente y, por lo tanto, era improcedente la condena que se le impuso a QBE SEGUROS por concepto de saldos insolutos de reclamaciones respecto de las que se hubieran hecho abonos antes del 25 de abril de 2014*». Con el objeto de comprobar los errores de hecho formulados solicitó revisar la Tabla No. 1 - anexa a la demanda de casación - en la cual se relacionaron los siguientes datos: «(i) la identificación de cada reclamación individual; (ii) el valor total de la reclamación; (iii) la fecha de vencimiento de la factura que se aportó para la reclamación; (iv) la fecha del último abono realizado por QBE SEGUROS; (v) el saldo insoluto según el dictamen pericial; y (vi) la fecha en la que se habría consolidado la prescripción luego de que se reiniciara su cómputo. Como se podrá observar, se trata de un total de cuatro mil doscientas setenta y dos (4.272) reclamaciones prescritas, que ascienden a un total de \$2.266.557.944. Esta cifra debió ser descontada de la condena que se le impuso a QBE SEGUROS».

Refirió que los yerros expuestos son trascendentes en la medida en que «*si el ad quem hubiera valorado en debida forma el dictamen pericial y su anexo, la decisión de segundo grado habría sido diferente. En particular, habría revocado la sentencia de primera instancia en cuanto declaró no probada la excepción de “prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro”, para, en su lugar, acceder a ella y negar la condena respecto de las 4.272 reclamaciones*

que se relacionan en el Tabla No. 1 de la presente demanda». Las cuales se encontraban prescritas.

CONSIDERACIONES

1. Este ataque también fracasa.

2. La censora acusó al fallo de transgredir por la vía indirecta el artículo 2539 del Código Civil, 1081 del Código de Comercio y el numeral 4° del artículo 191 del Decreto Ley 663 de 1993 y las normas que las desarrollan, a saber: artículos 10 del Decreto 3990 de 2007, y 11 del Decreto 56 de 2015. De los referidos, solo el artículo 2539 del Código Civil⁹¹ y el artículo 1081 del Código de Comercio⁹² tienen el carácter de normas sustanciales.

3. Un sentenciador puede quebrantar la ley sustancial por vía indirecta, bien por cometer yerros fácticos o de derecho. El yerro fáctico proviene de error en la apreciación de los medios de convicción y puede consistir en tergiversación, pretermisión o suposición. Por su parte, el error de *iure* se configura cuando se desconocen las reglas sobre aducción o incorporación de la prueba, o las que le asignan valor suasorio por ley al medio probatorio, o bien las reglas de contradicción y valoración conjunta del acervo. En uno y otro caso, a voces del inciso tercero del literal b) del

⁹¹ Código Civil. Artículo 2539: «La prescripción que extingue las acciones ajenas, puede interrumpirse, ya natural, ya civilmente. Se interrumpe naturalmente por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa, ya tácitamente. Se interrumpe civilmente por la demanda judicial; salvo los casos enumerados en el artículo 2524». Sobre el carácter de norma sustancial de dicho artículo véase: CSJ, AC7215-2024; CSJ, AC3651-2023; y CSJ, AC604-2020

⁹² CSJ, AC604-2020 y CSJ, AC3651-2023.

numeral 2 del artículo 344 del Código General del Proceso «*el recurrente deberá demostrar el error y señalar su trascendencia en el sentido de la sentencia*».

4. Pues bien, de manera preliminar, esta Sala advierte que el embate luce desenfocado, por cuanto distorsiona⁹³ el hilo conductor de la decisión del *ad quem*, haciéndolo decir algo que en realidad no dijo⁹⁴. En efecto, en el *sub judice*, el casacionista denunció la incursión del Tribunal en yerro fáctico ostensible por indebida valoración del dictamen pericial. Al respecto, indicó que el *ad quem* pasó por alto que la pericia dio cuenta de que la demandante hizo pagos o abonos parciales sobre cada una de las reclamaciones presentadas; que los pagos parciales efectuados más de dos años antes de la fecha de presentación del libelo introductor -que incluirían los contenidos en 4.272 facturas- habrían prescrito según lo dispone el artículo 1081 del Código de Comercio; pero que, no obstante, debido al yerro fáctico señalado, el sentenciador no declaró la prescripción como correspondía. Adujo que, de no haber incurrido en este yerro, el Tribunal hubiese declarado probada la excepción de prescripción extintiva con respecto a tales obligaciones.

4.1. En este caso, al referirse al tema de la prescripción extintiva en el caso de los seguros obligatorios de accidentes

⁹³ «*en casación, un ataque preciso y enfocado requiere, al decir de la Corte, que “guarde adecuada consonancia con lo esencial de la motivación que se pretende descalificar, vale decir que se refiera directamente a las bases en verdad importantes y decisivas en la construcción jurídica sobre la cual se asienta la sentencia, habida cuenta de que si blanco del ataque se hacen los supuestos que delinea a su mejor conveniencia el recurrente y no a los que objetivamente constituyen el fundamento nuclear de la providencia, se configura un notorio defecto técnico por desenfoque*». CSJ, AC2309-2020. Reiterada en CSJ, SC, 26 mar. 1999, CCLVIII, p. 294.

⁹⁴ CSJ, SC368-2023.

de tránsito, el Tribunal señaló: «Sobre la prescripción de estas acciones, teniendo en cuenta que la normatividad del SOAT no consagra disposición específica en este tema para esta modalidad de seguro, en consideración a lo dispuesto por el artículo 192 numeral 4 del Decreto 663 de 1993, según el cual en lo no previsto en el capítulo referente al seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio, y en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, se aplica entonces ora en los procesos ejecutivos o en los declarativos, la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguros contenida en el art. 1081 del Código de Comercio, por ser norma especial, en la que el legislador no hace distinción alguna sobre este particular; disposición normativa que consagra que la prescripción de las acciones es ordinaria y extraordinaria. De estas, “La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho”. Ahora bien, en el caso de reclamaciones derivadas de la prestación de servicios de salud con ocasión del contrato de seguros, esos parámetros generales de temporalidad para contabilizar la prescripción deben armonizarse con lo dispuesto en el art. 41 del Decreto 56 de 2015, compilado por el artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, según cuyo num.1.1.1. para las instituciones prestadoras de salud, la prescripción comienza a contar desde “... 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...”, reglamentación que sin embargo, aplica en caso de que ante la falta de pago oportuno, el acreedor haga uso del título ejecutivo constituido conforme a las previsiones del contrato de seguros, para ejercer la acción ejecutiva. Sin embargo, encontramos otra tesis, según la cual, cuando lo que se ejerce es la acción declarativa, como en este caso, la prescripción de la misma queda sujeta a lo previsto para la acción ordinaria en el art. 2356 del Código Civil, modificado por el art.8° de la Ley 791 de 2002, que es de

diez (10) años». (Se subraya). En concreto, estimó que, «Respecto de la excepción de mérito de “prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro”, tenemos que señalar que la parte demandada aduce prescrita la acción respecto de las facturas 6.815 a 85.151; respecto de lo cual cabe señalar que los servicios médicos representados en las facturas de marras, fueron prestados entre los años 2009 a 2014, sin embargo, independientemente de la clase de prescripción que se aplique, ninguna de ellas se configura, no solo porque tal fenómeno fue interrumpido con el pago de abonos parciales a las mismas, sino porque a la fecha de presentación de la demanda que dio origen a este proceso, habían sido pagadas total o parcialmente por la deudora, e incluso, algunas fueron pagadas en exceso del valor debido, aplicándose el excedente a favor de la demanda por la auxiliar de la justicia perito contable que presentó el dictamen pericial ordenado en el proceso, elaborado con la colaboración de los dos litigantes y no objetado por éstos, quedando luego de los rubros descontados por los conceptos aquí enunciados y los señalados en párrafo anterior, finalmente un saldo por capital a cargo de la demandada, de \$2.691.752.907,00 por el que se dispuso continuar la ejecución. (...)» (Se subraya)⁹⁵. Nótese, pues, que el sentenciador sostuvo que cuando se presentaba la acción por vía declarativa -como en el presente caso- debía aplicarse la prescripción extintiva de diez años consagrada en el Código Civil. Así, al auscultar el dictamen pericial, advirtió que todas las facturas allegadas al plenario databan del año 2009 en adelante. También observó que algunas habían sido objeto de pago parcial o abonos, así como pagos totales e incluso en exceso, quedando saldos por pagar sobre los cuales habría de liquidarse el interés moratorio. No obstante, en la medida en que la demanda se interpuso el 25 de abril de 2016, a juicio del Tribunal, ninguna de las acciones para el cobro de las obligaciones ahí contenidas

⁹⁵ Cuaderno del Tribunal. Sentencia de segunda instancia. págs. 12-13.

habría prescrito, independientemente de que el término de prescripción se hubiese interrumpido por los pagos parciales. En este orden de ideas, no es acertado afirmar, como aduce el recurrente, que el Tribunal pasó por alto la existencia de pagos parciales. El Colegiado refirió que tales pagos parciales existieron y que tal conclusión se podía extraer del dictamen rendido por la perito. No obstante, el sentenciador aplicó el término de prescripción del Código Civil -10 años- en lugar del contenido en el Estatuto Mercantil para las acciones derivadas del contrato de seguro -ordinaria de 2 años-. En consecuencia, estimó que no había operado la prescripción aun cuando el término se hubiese interrumpido. De modo que no incurrió en yerro en la valoración del dictamen pericial, sin perjuicio de que haya errado en la elección de la norma aplicable al caso, como se explicó al desarrollar el cargo segundo.

4.2. En cualquier caso, al auscultar el dictamen pericial⁹⁶, esta Sala advierte que del total de facturas arrimadas al plenario, algunas fueron objeto de pago parcial, total o en exceso de lo cobrado dentro de los dos años inmediatamente anteriores al 25 de abril de 2016⁹⁷, de modo

⁹⁶ Cuaderno del Juzgado. Archivo digital: «VALIDACIÓN PAGOS CLINICA JALLER VR QBE SEGUROS».

⁹⁷ Facturas con los siguientes números fueron objeto de pago parcial, total o en exceso de lo cobrado dentro de los dos años inmediatamente anteriores al 25 de abril de 2016: 21218, 21771, 22281, 22447, 22597, 22965, 23285, 24660, 24804, 25711, 25863, 25912, 26026, 26263, 26280, 26347, 26831, 26732, 26824, 26884, 26887, 26910, 27030, 27040, 27185, 27193, 27249, 27702, 27775, 27814, 27822, 27838, 27916, 27971, 27982, 28028, 28066, 28040, 28103, 28152, 28263, 28267, 28385, 28425, 28456, 28473, 28536, 28644, 28706, 28738, 28928, 28952, 29050, 29088, 29200, 29219, 29235, 29238, 29297, 29384, 29415, 29431, 29436, 29479, 29699, 29825, 29856, 29948, 29979, 30017, 30085, 30090, 30144, 30203, 30208, 30213, 30277, 30283, 30284, 30286, 30294, 30300, 30352, 30447, 30462, 30482, 30489, 30527, 30558, 30579, 30597, 30623, 30629, 30632, 30636, 30646, 30710, 30719, 30738, 30746, 30770, 30780, 30859, 30910, 30919, 30938, 30947, 30982, 31029, 31063, 31075, 31157, 31177, 31192, 31185, 31250, 31293, 31388, 31427, 31436,

que en estos casos habría operado la interrupción del término de prescripción del artículo 1081 del Código de Comercio. En esta medida, el término de prescripción de dos años -artículo 1081 del Código de Comercio- operó sobre aquellas obligaciones indemnizatorias contenidas en las facturas que *no* fueron objeto de pago parcial, total o en exceso de lo cobrado en ese periodo. Es decir, en aquellas cuyo término de prescripción de dos años se consumió -incluso contando la interrupción- antes de la presentación de la demanda. Con todo, lo anterior confirma que el dislate del Tribunal consistió en no aplicar el término de prescripción que correspondía al supuesto de hecho acreditado. Pero no en una valoración defectuosa del dictamen.

5. Por las razones anotadas, el cargo fracasa.

31462, 31465, 31467, 31474, 31496, 31532, 31561, 31572, 31672, 31689, 31697, 31739, 31750, 31811, 31896, 31962, 32096, 32116, 32119, 32137, 32163, 32244, 32293, 32354, 32384, 32451, 32494, 32532, 32629, 32643, 32691, 32709, 32739, 32742, 32764, 32765, 32775, 32797, 32808, 32830, 32892, 32915, 32981, 33032, 33043, 33048, 33103, 33124, 33155, 33193, 33224, 33392, 33450, 33479, 33488, 33511, 33806, 33874, 33919, 34242, 34354, 34383, 34390, 34405, 34437, 34453, 34461, 34466, 34656, 34906, 34921, 34958, 35029, 35180, 35690, 35850, 35853, 36069, 36115, 36141, 36205, 36231, 36300, 36523, 36702, 36722, 36772, 36795, 37004, 37105, 37211, 37252, 37275, 37290, 37333, 37339, 37351, 37351, 37399, 37404, 37549, 37651, 37707, 37725, 37778, 37787, 37909, 37826, 38272, 38274, 38276, 38283, 38289, 38296, 38322, 38330, 38380, 38676, 38775, 38825, 38854, 38775, 38825, 38854, 38948, 38964, 38978, 39019, 39026, 39084, 39104, 82057, 82100, 82134, 82143, 82179, 82213, 82216, 82219, 82229, 82237, 82257, 82265, 82288, 82288, 82303, 82389, 82521, 82537, 82554, 82576, 82576, 82632, 82658, 82662, 82665, 82712, 82793, 82840, 82852, 82883, 82948, 82985, 83032, 83048, 83066, 83094, 83121, 83129, 83200, 83267, 83303, 83314, 83325, 83342, 83351, 83355, 83357, 83362, 83366, 83380, 83382, 83390, 83396, 83402, 83419, 83444, 83452, 83456, 83458, 83466, 83475, 83494, 83499, 83501, 83505, 83552, 83587, 83613, 83633, 83641, 83670, 83690, 83700, 83701, 83737, 83744, 83761, 83763, 83797, 83812, 83883, 83888, 83890, 83893, 83944, 83947, 83967, 84020, 84038, 84049, 84052, 84060, 84072, 84117, 84142, 84176, 84186, 84193, 84202, 84220, 84394, 84443, 84493, 84513, 84515, 84518, 84531, 84533, 84540, 84541, 84591, 84619, 84363, 84662, 84663, 84670, 84722, 84724, 84757, 84778, 84806, 84807, 84830, 84836, 84859, 84875 y 84886.

CARGO CUARTO

Con fundamento en la causal segunda de casación, atacó la sentencia de segunda instancia de ser violatoria por la vía indirecta de los artículos 1054, 1072, 1077 y 1080 del Código de Comercio, 193 (numeral 1), 194 (numeral 1) y 195 (numeral 4) del Decreto Ley 663 de 1993. Igualmente, del artículo 4 del Decreto 3990 de 2007, y 8 y 26 del Decreto 056 de 2015. Ello producto de *«errores evidentes y trascendentes en la apreciación de las pruebas que más adelante se singularizan»*.

Sustentó el embate en que el fallador incurrió en los siguientes errores de hecho: (i) Tergiversación del alcance y sentido del dictamen pericial rendido por Martha Cecilia de Andreis. Ello puesto que *«sostuvo que de él se desprendía una aceptación por parte de QBE SEGUROS respecto de la totalidad de las reclamaciones de la demanda porque se hicieron abonos respecto de algunas de ellas. No obstante, (...) la realización de pagos parciales no implica aceptación de la reclamación del beneficiario del seguro, menos aún respecto de los saldos insolutos que, por el contrario, estaban en disputa»*. (ii) Pretermisión de 527 facturas *«individualizadas y detalladas en la Tabla No. 2 que está ubicada en la parte final de este escrito»*. Pues, aunque el Tribunal *«formalmente se refirió a algunas de ellas en la sentencia de segundo grado, lo cierto es que no las analizó individualmente para efectos de verificar si, respecto de ellas, se había presentado una reclamación en sentido estricto, es decir, si además de la factura se habían aportado las pruebas que darían cuenta de la ocurrencia del siniestro y su cuantía»*. (iii) Pretermisión de la declaración de la testigo técnica Daya Garay, médica y auditora interna de QBE Seguros S.A. Así como del documento que aportó la testigo. Pruebas que acreditaban *«que no existía relación causal entre las lesiones presuntamente*

padecidas por la víctima y los servicios médicos que se estaban reclamando al amparo del SOAT, respecto de las reclamaciones que (...) se encuentran individualizadas y detalladas en la Tabla No. 3 que hace parte integral de la presente demanda».

Alegó que el sentenciador falló en contravía de las normas mencionadas *«debido a que consideró que era procedente el pago de la indemnización derivada de un seguro a pesar de que no se hubiera demostrado la ocurrencia del siniestro y su cuantía». Y «desconoció que la existencia del derecho del beneficiario de un seguro y la efectividad de las acciones para reclamarlo necesariamente dependen de que acredite la ocurrencia del siniestro, para efectos de lo cual no basta con la presentación de una factura, sino que resulta indispensable, en el ámbito del SOAT, que se pruebe que la Institución Prestadora de Servicios de Salud efectivamente le brindó atención médica a un paciente que sufrió lesiones corporales en un accidente de tránsito amparado por la compañía aseguradora demandada».*

Luego de citar apartados de la sentencia cuestionada, esgrimió que el juez de segundo grado reconoció que existían varias reclamaciones carentes de soporte. En tanto no se allegaron las pruebas que acreditaran la ocurrencia del siniestro y su cuantía. Sin embargo, *«no precisó cuáles, en concreto, eran los soportes que echó de menos respecto de cada una de las reclamaciones individualmente consideradas. En todo caso, consideró que, como QBE SEGUROS había realizado algunos abonos, las facturas que hacían parte de las reclamaciones se habían aceptado en su integridad y, por lo tanto, la aseguradora debía pagar el saldo insoluto».* Y criticó que *«nada dijo, en concreto, sobre las reclamaciones en las que el servicio médico cuyo reconocimiento persiguió la demandante carecía de relación con la lesión padecida por la víctima del accidente».*

Para demostrar los yerros enrostrados al Colegiado expuso que del dictamen pericial obrante en el plenario el *«ad quem coligió que QBE SEGUROS había aceptado la reclamación de CLÍNICA JALLER por el valor total de las facturas que se presentaron con la demanda. Sin embargo, del contenido objetivo de la prueba pericial no se desprende la conclusión que sugiere el Tribunal»*. Relacionó extractos del medio suasorio indicado para mencionar que el objeto de la experticia se circunscribía a *«la comprobación de una realidad económica: la presentación de unas facturas con las que se pretendió cobrar unos valores supuestamente adeudados y los pagos realizados respecto de ellas. En ese contexto, a la experta no le correspondía pronunciarse sobre la aceptación o no de la reclamación de un seguro, sino que ese análisis lo debía adelantar el juzgador, para efectos de lo cual lo primero que debía determinar era si, respecto de los saldos insolutos, se había acreditado el derecho sustancial que permitía cobrarlos»*. Sumado a que *«nada se dice en el dictamen sobre la supuesta “aceptación” de las facturas, sino que la perito alude al “sello de recibido por parte de QBE Seguros S.A.”, sin que haya afirmado que la compañía aseguradora demandada admitió la existencia de una obligación a su cargo por la presunta ocurrencia de un siniestro amparado por ella. La conclusión del Tribunal corresponde, entonces, a una tergiversación del verdadero sentido de la experticia, porque la recepción por parte de QBE SEGUROS de unas facturas que le fueron remitidas y los abonos parciales que realizó no implicaban aceptación de la reclamación por el valor total incorporado en la factura»*. Recalcó que a la perito no se le encargó un *«análisis sobre los demás requisitos que debían concurrir para el reconocimiento de los derechos económicos derivados de la efectividad de una póliza de seguros, pues simplemente esa no podía ser su labor»*. En ese sentido, concluyó que *«el juez de segundo grado amplió erradamente el alcance real de la experticia para comprender en ella aspectos que, en realidad, no están incorporados en el referido medio de prueba»*.

En relación con las facturas discriminadas en la Tabla No. 2 anexa a la demanda de casación, explicó que pese a que el Tribunal *«formalmente sostuvo que “de las siguientes facturas la parte actora no allegó con la demanda, en los CDS que incorporó para ello, las pruebas de la prestación de los servicios de salud”, lo cierto es que se limitó a transcribir las que habían sido relacionadas por QBE SEGUROS, pero no procedió a verificar su contenido ni la ausencia de soportes. Al respecto, se limitó a referir las normas que establecen los requisitos que debe reunir la reclamación, pero no precisó, en concreto, cuáles de estos hacían falta»*. Invocó que si el fallador hubiese analizado cada una de las reclamaciones y las facturas presentadas *«habría advertido que existen quinientas veintisiete (527) reclamaciones que ascienden a un total de \$48.641.550, respecto de las que no se demostró la ocurrencia de un siniestro amparado por QBE SEGUROS»*. Debido a que la actora no aportó la póliza de SOAT afectada ni probó la prestación de los servicios médicos reclamados. Pues no se allegó la epicrisis, ni tampoco los soportes de la historia clínica.

Frente al testimonio de Daya Garay y el documento aportado por ella en audiencia, recriminó su pretermisión. La pretensora dilucidó que la declarante – auditora interna de QBE Seguros S.A. desde el año 2016 - *«explicó en detalle las distintas razones médicas y técnicas por las que múltiples reclamaciones debían ser rechazadas en la medida en que se referían a servicios médicos (...) que no se relacionaban con lesiones causadas en accidentes de tránsito»*. Para ilustrar lo dicho, transcribió el dicho de la testigo. Posteriormente, aludió que no obstante *«el saldo insoluto de dichas reclamaciones se tuvo en cuenta en el dictamen pericial elaborado por la experta Martha Cecilia de Andreis Avendaño y sirvió de base para el cálculo de la condena»*. Apuntaló que las

referidas reclamaciones son 107, ascienden a la suma de \$85.815.551 y se encuentra en la Tabla No. 3 anexa.

Finalmente, la impugnante estimó que dichas equivocaciones son trascendentes toda vez que si *«si el ad quem hubiera valorado en debida forma el dictamen pericial y su anexo, las facturas aportadas por la demandante y la declaración de la testigo Daya Garay, la decisión de segundo grado habría sido diferente. En particular, habría revocado la sentencia de primera instancia en cuanto declaró no probadas las excepciones denominadas “improcedencia de la declaratoria de existencia de obligaciones a cargo de QBE Seguros S.A.” e “improcedencia del reconocimiento de facturas por falta de relación causal del servicio de salud prestado con la lesión padecida en el accidente de tránsito”. En su lugar, las habría declarado probadas y habría negado la condena respecto de las reclamaciones que se relacionan en las Tablas Nos. 2 y 3 de la presente demanda»*.

CONSIDERACIONES

1. El cargo fracasa, como pasa a exponerse.

2. La censora acusó al fallo de transgredir por la vía indirecta los artículos 1054, 1072, 1077 y 1080 del Código de Comercio, el numeral 1° del artículo 193, numeral 1° del 194 y numeral 4° del 195 del Decreto Ley 663 de 1993 y las normas que las desarrollan, a saber: artículos 4° del Decreto 3990 de 2007, 8 y 26 del Decreto 56 de 2015. De los referidos, son norma sustancial el artículo 1080 del Código de Comercio⁹⁸ y el numeral 4° del artículo 195 del Estatuto

⁹⁸ CSJ, S-251, 18 jul. 1989; CSJ, A-304, 16 dic. 2005; S-357, 12 oct. 1990; S-374, 19 dic. 2005; y CSJ, A-037, 16 feb. 2007.

Orgánico del Sistema Financiero. Esta última, en tanto que dispone que *«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»* tal como hace el 1080 del Estatuto Mercantil mencionado.

3. La incursión en un error de hecho, conforme se ha dicho invariablemente⁹⁹, está vinculado al defecto en la contemplación, existencia y percepción de determinado medio suasorio, lo cual repercute en la transgresión -por inaplicación o aplicación indebida- de las normas sustanciales que debiendo disciplinar el asunto sometido a la jurisdicción no fueron aplicadas o lo fueron de manera indebida. El error se materializa (i) bien en la desacertada inferencia de la existencia del medio de prueba -tanto para reputarlo como para negarlo-. O (ii) cuando concibe su existencia, de cara la realidad del proceso, pero desfigura su contenido. En uno y en otro caso de manera ostensible y con incidencia decisiva en la determinación adoptada. Esto es, el planteamiento del error de hecho en sí no tiene la virtualidad para reabrir el debate probatorio, cuyo escenario ordinario está en las instancias. La caracterización propia del recurso de casación impide realizar un nuevo examen fáctico sobre la controversia¹⁰⁰. Y es que, *«sería insostenible que sólo el juez de la casación tuviera el monopolio de la razón a la hora de elucidar el recto entendimiento de las pruebas allegadas»*¹⁰¹.

⁹⁹ Por todas: CSJ SC del 23 de mayo de 1955, 19 de noviembre de 1956 24 de abril de 1986, 2 de julio de 1993, 9 de noviembre de 1993.

¹⁰⁰ Et al: CSJ SC, 31 jul. 1945; 5 sept. 1955 24 nov. 1958.

¹⁰¹ CSJ SC, 15 abr. 2011 (exp. 2006-0039).

Las sentencias llegan amparadas bajo la presunción de acierto en lo que concierne al aspecto factual y jurídico que desataron las instancias. Por supuesto, allí donde se advierta, sin mayor esfuerzo ni disquisición, de manera ostensible, que el *ad quem* ha pretermitido, cercenado, supuesto o tergiversado un medio de prueba, se configura el error de hecho. Esto lo ha precisado la jurisprudencia de esta Sala, al señalar que, el error de hecho evidente es aquél que *«por su magnitud o protuberancia se aprecia a primera vista, esto es sin esfuerzo alguno, porque es producto de una conclusión probatoria ilógica o, más que eso arbitraria»* y que, *«se presenta cuando la evaluación probatoria propuesta por el casacionista es la única alternativa probatoria ofrecida por el proceso»*¹⁰². Cuando se aducen errores de hecho, pues, el recurrente tiene la carga de individualizar el medio de prueba o medios de prueba sobre los cuales recae el error. Asimismo, debe demostrar cómo se incurrió en la suposición, cercenamiento, tergiversación o pretermisión en cuestión. Y esa conclusión debe fluir diáfananamente del examen¹⁰³. A esto se refiere el artículo 344 del Código General del Proceso cuando exige que, si se alega violación de norma sustancial como consecuencia de error de hecho en la apreciación de una determinada prueba, *«el recurrente deberá demostrar el error y señalar su trascendencia en el sentido de la sentencia»*¹⁰⁴.

¹⁰² CSJ, Sala de Casación Civil, G.J. t CCXXV – Núm. 2464. pág. 623.

¹⁰³ CSJ SC, 15 sep. 1998, expediente 5075, en la cual se puntualizó que *«(...) cuando se aducen yerros de facto en la apreciación de los medios de convicción, el recurrente tiene la carga, una vez individualizado el medio en que recae el error, de indicarlo y demostrarlo señalando cómo se generó la suposición o preterición o cercenamiento, sin perder de vista que debe aparecer de manera manifiesta en los autos»*.

¹⁰⁴ Cfr. CSJ SC, 16 agos. 2005, expediente 1999- 00954-01: *«[p]ara que se produzca esa clase de error -como lo ha pregonado la Corte en constante jurisprudencia- que la equivocación del sentenciador haya sido de tal magnitud que sin mayor esfuerzo en el análisis de las probanzas se debe a que la apreciación probatoria pugna evidentemente y de manera manifiesta con la realidad del proceso. La duda que genera el punto de*

Lo anterior equivale a decir que, si se alega que la prueba específicamente determinada fue mal apreciada, el censor debe, mediante un cotejo o comparación, poner de presente qué fue lo que concluyó el Tribunal de dicha prueba y qué es lo que emerge fluidamente de ella, esto es, sin esforzados razonamientos. Ello, dada la discreta autonomía del juzgador de instancia en la apreciación del acervo probatorio, y la necesidad de que el yerro de hecho sea protuberante, manifiesto, que salte a la vista.

4. La aseguradora asume una obligación condicional de indemnizar al tomador, al asegurado o al beneficiario -según lo establezcan la ley o el contrato-, en caso de materializarse el riesgo asegurado¹⁰⁵, es decir, en caso de ocurrencia del siniestro. El riesgo es una circunstancia fáctica futura e incierta. Su fisonomía se halla enmarcada entre dos linderos: la imposibilidad y la certeza¹⁰⁶. De allí que, «*el riesgo, en general sea un hecho condicionante*»¹⁰⁷, pues una vez acaecido surge el débito de la aseguradora¹⁰⁸. De modo que el asegurado tiene

hecho o la pluralidad de interpretaciones que sugiera, excluyen, en consecuencia, la existencia de un error de la naturaleza indicada».

¹⁰⁵ CSJ SC Sentencia SC487-2022, Rad. 2016-00078-01. «*El “riesgo asegurado” es el eje sobre el cual se estructura la operación aseguraticia, en tanto tiene una conexión inescindible con el interés asegurado, sirve para calcular la prima y determina el hecho que dará lugar al débito a cargo de la aseguradora*».

¹⁰⁶ Ossa, Efrén. *Teoría General del Seguro*. 1991. Editorial Temis. Pág. 95.

¹⁰⁷ Sentencia SC7814-2016, Rad. 2007-00072-01.

¹⁰⁸ El artículo 1054 del Código de Comercio dispone que el «*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*». Por su parte, el artículo 1542 del Código Civil establece que «*no puede exigirse el cumplimiento de la obligación condicional sino verificada la condición totalmente*». En este sentido, esta Corporación de vieja data sostuvo que «*la obligación sujeta a condición suspensiva, tiene su nacimiento en suspenso hasta que ocurra el acontecimiento futuro e incierto en que consiste la condición, ya que antes de este momento no tiene vida jurídica ni, por ende, posibilidad de exigirse su cumplimiento*». CSJ, SC, 8 ago. 1974, GJ, t. CXLVIII, pág. 192. La doctrina autorizada sobre la materia señala lo siguiente: «*La estructura lógica del negocio condicional es la de un juicio doble y alternativo. Al modo que en un*

la carga de probar que se cumplió la condición -el riesgo asegurado en el contrato de seguro-; y a la aseguradora le corresponde acreditar las circunstancias o hechos que excluyen su responsabilidad¹⁰⁹. Para el efecto, el asegurado o beneficiario cuenta con mecanismos judiciales y extrajudiciales. Así, ocurrido el siniestro, puede presentar una reclamación a la compañía de seguros. Dentro del mes siguiente a la reclamación, la aseguradora debe efectuar el pago de la indemnización correspondiente, u objetarla, so pena de que la póliza preste mérito ejecutivo y se causen intereses de mora a partir de la fecha¹¹⁰. Por supuesto, la objeción debe formularse por escrito al asegurado o beneficiario¹¹¹, en el término señalado. De modo que el

juicio hipotético se afirma una cierta proposición como consecuencia de una premisa dada, análogamente, en el negocio condicional se hace surgir o se revoca (según que la condición sea suspensiva o resolutoria) una determinada regulación de intereses, como consecuencia de una hipotética previsión... La incerteza -que se expresa en la alternativa- sobre el verificarse o no del evento previsto, origina un estado de pendencia... la pendencia subsiste mientras haya la posibilidad de que el evento se produzca; cesa en el momento en que esto ocurra o falte, o sea cierto que no pueda ya realizarse. Desde este instante, con el cumplimiento o la ausencia de la condición, el mecanismo interno del negocio condicional funciona, haciendo o no entrar -o permanecer- en vigor la regulación de intereses prescrita». Betti, Emilio. Teoría General del Negocio Jurídico. Editorial Comares, SL, Granada. 2000. pág. 445.

¹⁰⁹ Código de Comercio. Artículo 1077: «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».

¹¹⁰ «Igual que la reclamación, la objeción debe formularse por escrito y entregarse al asegurado o beneficiario dentro del término previsto por la ley. No lo dice esta expresamente, es cierto, pero hay que deducirlo en guarda de un equitativo y razonable equilibrio de la posición procesal de las partes. A la reclamación formal, escrita, a su entrega al asegurador, que la ley le exige al asegurado o beneficiario, debe corresponder -pari-pasu- la objeción formal, escrita y entregada a su contraparte por el asegurador. No nos cabe duda alguna a este respecto. Es además, lo que mejor conviene a los intereses judiciales del deudor, lo que más lo previene respecto de las contingencias del proceso de ejecución o de su irrupción más o menos improvisada y ligera». Ossa, Efrén. Teoría General del Seguro. El contrato. Editorial Temis. 1991. pág. 313.

¹¹¹ Código de Comercio. Artículo 1053. Num. 3º: «La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola en los siguientes casos: ... 3. Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que... sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada... Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda». El artículo 1053 del Código de Comercio fue modificado por el 626 del Código General del Proceso que derogó las

objetar la reclamación es una carga de la aseguradora cuya inobservancia le trae consecuencias desfavorables¹¹², a saber: habilita al asegurado para promover un proceso ejecutivo conformando el título ejecutivo complejo y la constituye en mora. No obstante, sea que la aseguradora objete o no la reclamación, el asegurado cuenta con la acción judicial para pedir la indemnización pactada en el contrato de seguro en el escenario del proceso declarativo. Y en ese foro, le corresponde acreditar precisamente la ocurrencia del siniestro, es decir, el acaecimiento de la condición que origina la obligación de indemnizar de la aseguradora y su cuantía.

expresiones «según las condiciones de la correspondiente póliza» y «de manera seria y fundada». Artículo 1080. Inc. 1°: «El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro 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. 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, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad».

¹¹² «Para lo que debe resolverse, memórese que conforme lo prevén los artículos 1077 y 1080 ejusdem, corresponde al asegurado demostrar judicial o extrajudicialmente la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de este, pero adviértase que el cargo se dirigió al segundo aspecto, y nada refirió acerca del siniestro ni como se había acreditado, a pesar de ser carga del casacionista, de lo cual se deduce que la acusación fue formulada de manera incompleta. En lo que concierne con la objeción, bastaría resaltar que no fue seria y fundada, pues ese tema fue ajeno a la argumentación dada por el juzgador de segunda instancia al estimar que la demandante era una contratante incumplida, pero para mayor claridad adviértase que el tema en discusión debe analizarse a la luz de lo reglado en el artículo 1053 del estatuto mercantil que enumera los eventos en que la póliza de seguros presta mérito ejecutivo contra el asegurador, debiendo poner de presente lo que señalaba para la época de los hechos el numeral 3°, precepto que fue derogado a partir del 1° de enero de 2014 conforme lo prevén el literal c) del artículo 626 del código de ritos en concordancia con el artículo 627 del estatuto en cita: 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, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda. De la anterior norma se deduce que la calificación de la objeción, como seria y fundada, definía si se podía acudir a la acción ejecutiva o a la declarativa, pero en ambos casos el debate no se circunscribe a la objeción sino a todos los aspectos atinentes al contrato de seguro, pues 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 (CSJ SC 096 de 27 de julio de 2006, exp. 1998 0031)». CSJ, SC3663-2022.

4.1. Pues bien, en el marco de esa acción declarativa, tanto la acreditación de la ocurrencia del siniestro y su cuantía, como la demostración de los hechos excluyentes de responsabilidad de la aseguradora responden al régimen de libertad probatoria. De modo que le corresponde al sentenciador valorar los medios de prueba legalmente incorporados al plenario por las partes. Y como resultado de esa valoración determinar si se cumplió la condición -i.e., ocurrió el siniestro- y su cuantía.

Pues bien, no pocas veces, la conducta de las partes en la ejecución y desarrollo del contrato¹¹³ provee al juzgador de indicios¹¹⁴ sobre la existencia de ciertos hechos relevantes para la litis e incluso puede tener efectos procesales. Así, por ejemplo, el pago parcial puede implicar el reconocimiento -tácito o expreso- de la obligación e interrumpir el término de prescripción¹¹⁵. No obstante, ese hecho -el pago parcial-

¹¹³ Cfr. CSJ, SC2506-2022.

¹¹⁴ «Los indicios, como ya lo ha explicado esta Sala, se reciben como un “proceso lógico del funcionario judicial para, a partir de un hecho demostrado en el proceso, pueda inferir otro, erigirlo como mecanismo demostrativo, impone establecer la realidad procesal del hecho del cual surja el indicio, es decir, la situación inferida o, si conocido el efecto, habrá de establecer el hecho generador del mismo. En ese contexto difiere de las presunciones o ‘verdades interinas’, como las llama un sector de la doctrina (art. 176 ib), en cuando que son simples reglas de la experiencia consagradas en la ley positiva”». CSJ, SC225-2023.

¹¹⁵ Código Civil. Artículo 2539: «La prescripción que extingue las acciones ajenas, puede interrumpirse, ya natural, ya civilmente. Se interrumpe naturalmente por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa, ya tácitamente. Se interrumpe civilmente por la demanda judicial; salvo los casos enumerados en el artículo 2524». «La interrupción natural de la prescripción que extingue las acciones ajenas tiene lugar cuando el deudor reconoce la obligación, ya expresa, ya tácitamente... Hay un reconocimiento expreso cuando el deudor, en términos formales y explícitos, manifiesta reconocer la obligación, y hay un reconocimiento tácito cuando el deudor ejecuta cualquier acto que revele en él la intención de reconocer al acreedor su derecho, como si solicita plazo, si da garantía, etc. En cualquier forma que el reconocimiento se haga, sea por escrito, sea verbalmente, en virtud de la convención, etc., es siempre válido, porque la ley no lo ha sometido a formalidades especiales». Alessandri, Somarriva y Vodanovich. *Tratado de las Obligaciones. De la modificación y extinción de las obligaciones*. Tomo III. Editorial Jurídica de Chile. 2001. pág. 208.

también puede ser tenido en cuenta por el sentenciador para efectos de determinar la existencia y cuantía de la obligación que se somete a su juicio. Si el pago parcial estuvo acompañado de una petición de plazo adicional para pagar el saldo, es plausible colegir que el deudor reconoció el monto total de la obligación. Lo contrario ocurriría si el deudor hizo el abono pero manifestó su negativa a reconocer suma adicional o señaló que ese era el pago total, pues en ese caso no hay reconocimiento del total de la obligación, sino el convencimiento de estar efectuando un pago total. Y es que las reglas de la experiencia enseñan que, salvo excepción, todo pago tiene como causa una obligación¹¹⁶. Dicho de otro modo, el pago es indicio de la existencia del acto, negocio jurídico o contrato que le antecede.

De otra parte, en el marco de la acción declarativa, y siempre dentro de las particularidades de cada caso, el pago parcial de la reclamación aunado a la falta de objeción por parte de la aseguradora pueden ser tenidos como indicios¹¹⁷ de la ocurrencia del siniestro. Por supuesto, tal prueba indiciaria debe estar dotada de convergencia y gravedad¹¹⁸ y

¹¹⁶ «Todo pago supone una deuda, una obligación civil o natural, que le sirve de causa justificadora». Alessandri, Somarriva y Vodanovich. *Tratado de las Obligaciones. Cumplimiento e incumplimiento de las obligaciones...* Tomo II. Editorial Jurídica de Chile. 2001. pág. 14.

¹¹⁷ «Así las cosas, es a través de la inferencia indiciaria como el sentenciador puede, a partir de hechos debidamente comprobados y valorados como signos, arribar a conclusiones que no podrían jamás revelarse de no ser por la mediación del razonamiento deductivo. De ahí que a este tipo de prueba se le llame también circunstancial o indirecta, pues el juez no tiene ningún contacto sensible (empírico) con el hecho desconocido, pero sí con otros que únicamente el entendimiento humano puede ligar con el primero (...)». CSJ SC, SC-7274 10 jun. 2015, expediente 24325.

¹¹⁸ «(...) El mérito del indicio no es absoluto sino apenas probable y se pondera no objetiva sino subjetivamente por la certeza moral del sentenciador, quien por inferencias graves, precisas y conexas entre sí, puede llegar a la convicción íntima y firme de que el hecho litigioso se encuentra probado plenamente». CSJ, SC, 20 de marzo de 1959, G.J. t. XC.

puesta de manifiesto en la instancia al sentenciador¹¹⁹. Y es que allí donde la aseguradora guarda silencio frente a la reclamación del asegurado o beneficiario, pero hace un pago parcial en fecha posterior, el sentenciador puede colegir - dentro de las circunstancias particulares del caso- que se configuró el siniestro.

Corresponde, pues, al sentenciador, en cada caso, valorar la conducta de la aseguradora y el beneficiario a la luz de las reglas de la experiencia y de la sana crítica, en conjunto con los demás medios suasorios, para establecer la materialización del riesgo asegurado. Por lo demás, no huelga señalar que la falta de objeción no supone una aceptación o reconocimiento de la obligación por parte de la aseguradora, pues, salvo que la ley o las partes así lo prevean, el silencio de las partes no equivale a manifestación de voluntad de obligarse¹²⁰. No es que el silencio de la aseguradora frente a la reclamación origine la obligación de indemnizar, ni mucho menos. Aun en ausencia de objeción, la compañía de seguros está habilitada para ejercer su defensa y arrimar al proceso

¹¹⁹ «Es natural que cada hecho índice carezca por sí solo de fuerza capaz de integrar el convencimiento, a menos que el Juez esté en presencia de indicio necesario, pues que en esta hipótesis extraordinaria el vínculo indiscutible de causalidad con el hecho investigado hace inoficiosa cualquiera otra averiguación. Pero por lo común es la cadena de varios hechos índices, reunidos y apoyados unos en otros, el fundamento del criterio que permite llegar con firmeza a la convicción de que el hecho indicado hubo de realizarse. Por ello, todo indicio no necesario considerado en sí mismo exige tratamiento valorativo en relación con otros hechos que aisladamente nada probarían tampoco. Así, si se admitiera destruir cada hecho indicador por falta de relación necesaria con el hecho que se averigua, sería tanto como eliminar de la tarifa la prueba por indicios. Destruirla vendría a ser tarea tan fácil como que en su enunciado encuentra su propia demostración: desde luego que se parte del supuesto de que el indicio no es necesario, está admitido de antemano que por sí solo, aisladamente, nada prueba». CSJ, SC, 20 de marzo de 1959. G.J. t. XC.

¹²⁰ «Importa recordar que la conducta silente, en general, no tiene efectos en el campo del derecho, pero en algunos escenarios jurídicos puede tenerlos de diversa índole, según la naturaleza o especificidad de cada derecho o relación jurídica, acorde con las regulaciones normativas, que no contemplan un efecto unívoco para el mutismo de las personas, o cuando media pacto expreso de las partes». CSJ, SC130-2018.

todos los medios suasorios que permitan establecer los hechos excluyentes de su responsabilidad. En otras palabras, cuenta con todas las garantías inherentes al derecho de defensa. Se itera, el hecho que da origen a la obligación de indemnizar en cabeza de la aseguradora es el cumplimiento de la condición, es decir, la ocurrencia del siniestro y la acreditación de su cuantía. Cosa distinta es que la falta de objeción, en ciertos casos puntuales, a la luz de la sana crítica y las reglas de la experiencia, pueda ser evaluado por el sentenciador en conjunto con otros medios de prueba como indicio de la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

5. Pues bien, el capítulo IV de la Parte VI del EOSF define -entre otras cosas- el procedimiento a través del cual las IPS deben presentar la reclamación ante la compañía de seguros para pedir la indemnización por los gastos de la atención médica prestada en el marco del SOAT. En concreto, el numeral 1° del artículo 194 dispone que la obligación de indemnizar -por parte de la aseguradora- podrá acreditarse por cualquier medio suasorio. Pero que, según el tipo de amparo cuyo reconocimiento se pretenda, bastará la certificación del médico tratante -sobre ocurrencia del accidente de tránsito-, o la de la IPS- para las lesiones corporales, o copia del registro civil para acreditar la muerte y la calidad de causahabiente¹²¹.

¹²¹ EOSF. Artículo 194. Numeral 1°: «Prueba de los daños. En el seguro de que trata este capítulo todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y de sus consecuencias dañosas para la víctima. Se considerarán pruebas suficientes, además de todas aquellas que la víctima o el causahabiente puedan aducir, cualquiera de las siguientes que resulte pertinente, según la clase de amparo: a) <Literal a) modificado por el artículo 244, numeral 2 de la Ley 100 de 1993. El texto es el siguiente:> A certificación sobre la ocurrencia del accidente. El Gobierno Nacional reglamentará la forma en que habrá de demostrarse la ocurrencia de éste. Será prueba del mismo la certificación que expida el médico que atendió inicialmente la urgencia en

Como se puede advertir, estas normas decantan el principio de la libertad probatoria¹²² para la demostración de la ocurrencia y cuantía del siniestro. Y, hasta cierto punto, morigeran la carga de la prueba para el beneficiario al señalar ciertos medios persuasivos que bastan para acreditar la ocurrencia de algunos de los riesgos amparados. Lo cual no implica que estos no puedan acreditarse por cualquier otro medio de prueba. Por su parte, los artículos 4° del Decreto 3990 de 2007, 8 y 26 del Decreto 56 de 2015¹²³,

el centro hospitalario. b. La certificación de la atención por lesiones corporales o de incapacidad permanente, causadas a las personas en accidentes de tránsito, expedida por cualquier entidad médica, asistencial u hospitalaria, debidamente autorizada para funcionar; Para la expedición de esta certificación se exigirá la denuncia de la ocurrencia del accidente de tránsito, la cual podrá ser presentada por cualquier persona ante las autoridades legalmente competentes, y c. La certificación de pago por concepto de servicios funerarios y de exequias. La muerte y la calidad de causahabiente se probarán con copias de las partidas de registro civil o con las pruebas supletorias del estado civil previstas en la ley. PARAGRAFO. El reglamento del Decreto ley 1032 de 1991 establece parámetros conforme a los cuales se racionalicen y unifiquen los mecanismos de reclamación ante las entidades aseguradoras y establece criterios y procedimientos que deberán observarse para evitar la comisión de fraudes. 2. <Aparte subrayado CONDICIONALMENTE exequible> <Numeral modificado por el artículo 244, numeral 3 de la Ley 100 de 1993. El nuevo texto es el siguiente:> En caso de muerte de la víctima como consecuencia de accidente de tránsito y para los efectos de este estatuto serán beneficiarios de las indemnizaciones por muerte las personas señaladas en el artículo 1142 del Código de Comercio. En todo caso a falta de cónyuge, en los casos que corresponda a éste la indemnización se tendrá como tal el compañero o compañera permanente, que acredite dicha calidad, de conformidad con la reglamentación que para el efecto señale el Gobierno Nacional. La indemnización por gastos funerarios y exequias se pagará a quien demuestre haber realizado las correspondientes erogaciones».

¹²² Cfr. CSJ, SC, 3 oct. 2003, Exp. 7368.

¹²³ Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Artículo 2.6.1.4.3.1 «Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

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

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

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

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

reglamentan el procedimiento y documentos necesarios para presentar la reclamación ante la aseguradora tales como el formulario de reclamación, la epicrisis, historia clínica, entre otros.

Allí donde la aseguradora no objete la reclamación, la falta de cualquiera de estos documentos anexos impide la conformación del título ejecutivo complejo para el cobro de la indemnización por vía ejecutiva¹²⁴. Pero la enumeración de tales documentos no puede entenderse como el establecimiento de cierta tarifa legal para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro en el marco del proceso judicial declarativo. Ante el sentenciador, las IPS y demás titulares de la acción para reclamar la indemnización por prestación de servicios amparados por el SOAT, así como las aseguradoras, cuentan con libertad para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro -o los medios exceptivos, respectivamente- por cualquier medio de prueba que resulte idóneo, conducente y pertinente para ello.

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

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

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

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

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

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

¹²⁴ Cfr. CSJ, STC14094-2022.

En otras palabras, de una parte, en el escenario del cobro de reclamaciones de SOAT por la vía ejecutiva – lo cual puede ocurrir por la falta de objeción de la compañía de seguros -, el demandante debe conformar el título complejo para obtener el pago de la obligación contenida en ellos. Dicho título se conforma con la factura y los demás documentos que establece la reglamentación del SOAT para cada caso. No obstante, tratándose de pretensiones declarativas de obligaciones indemnizatorias con base en pólizas SOAT, tales documentos -necesarios para conformar el título ejecutivo- pueden servir para llevar al juez al convencimiento sobre la ocurrencia y cuantía del siniestro, pero no son los únicos, pues, se insiste, no existe tarifa legal.

6. El casacionista adujo, pues, que el sentenciador tergiversó el contenido del dictamen pericial, por cuando estimó que de la aceptación de las facturas por parte de QBE Seguros S.A. se desprendía un reconocimiento de la totalidad de la cuantía reclamada. Asimismo, denunció que el Tribunal ignoró 527 facturas para verificar si a ellas se habían anexado también los medios de prueba que permitieran acreditar que el servicio médico se había prestado efectivamente. Y señaló que también se ignoró la declaración de la testigo técnica Daya Garay, médica y auditora interna de QBE Seguros S.A., así como del documento que aportó, donde se acreditaba que no existía relación causal entre las lesiones de las víctimas y los servicios médicos reclamados.

6.1. Sobre estos puntos, el Tribunal señaló lo siguiente:

«En relación con la segunda censura, consistente en que cada una de las facturas contiene la prestación de un servicio médico individual y que por ende el juez debió analizar cada una de ellas junto con los anexos que tenían que acompañarse a efectos de determinar si se acreditó la prestación del servicio médico a cuyo pago se aspira, menester es indicar que la parte demandada aunque reconoce que cada factura presentada a reconocimiento judicial constituye un negocio jurídico individual, al contestar la impetración presentó excepciones de mérito de manera generalizada respecto de todas las facturas anexadas por la parte actora, sin individualizar el reparo que tiene contra cada una de ellas, a pesar de haberse aportado éstas por la empresa demandante en físico y sus anexos en medio electrónico -CDS-, desatendiendo el abogado del polo pasivo la obligación que sobre él pendía, de presentar dichas excepciones en la forma estipulada por el art. 96, numerales 2° y 3° del C.G.P. No obstante, como quiera que el juzgador para reconocer una obligación debe contar con elementos de juicio que soporten la decisión, la Sala procederá a examinar tales facturas y sus anexos, a efectos de verificar si éstas fueron realmente presentadas al cobro ante la compañía aseguradora, si esta última presentó glosas o reparos o las rechazó, y si los anexos acompañados a cada una de ellas dan cuenta del servicio médico prestado a pacientes atendidos con pólizas SOAT expedidas por el polo pasivo.

En este sentido, tenemos que todas las facturas relacionadas en la demanda y aportadas en físico por la parte actora, presentan la constancia de haber sido entregadas por la demandante a la demandada, salvo las número 12568, 12572, 13144 y 13387 a las que no les aparece constancia de haber sido recibidas por la compañía aseguradora demandada para el cobro; sin embargo, de la prueba pericial practicada en el proceso y sometida a contradicción de los litigantes sin que fuera objetada, se encontró que dichas facturas sí fueron radicadas ante dicha compañía y aceptadas por ésta, en concordancia con lo cual efectuó abonos a las mismas, como aparece acreditado a folios 12.139, 12.043 y 12.044; y en lo concerniente a que no fueron presentadas al cobro de manera oportuna tomando como referencia la fecha en que fueron atendidos cada uno de los pacientes o se les dio de alta, se recuerda que ello es un requisito exigible para constituir título ejecutivo, pues cuando se trata, como en este caso, de obtener el reconocimiento de la deuda a través de proceso declarativo, estima la Sala que tal exigencia no se requiere porque precisamente en este tipo de procesos lo relevante es que el prestador del servicio de salud demuestre que lo ha suministrado; y en este caso la única factura presentada fuera del aludido término es la No. 19893 que sin embargo fue aceptada por la demandada, efectuando abono a la misma, como se examinará más adelante.

En cuanto a no haberse tomado en consideración las facturas que fueron glosadas, tenemos que se tiene constancia en el proceso de las facturas presentadas en anexos a la demanda con la que se

dio inicio a este proceso, que fueron objetadas por la compañía aseguradora demandada, posteriormente transadas las diferencias por las compañías litigantes, y realizados abonos por parte de la demandada, como se examinará en ítem posterior de esta sentencia.

En relación con el argumento de que las facturas allegadas con la demanda no dan cuenta de las obligaciones por prestación de servicios de salud a que se refieren, por no haberse acompañado a las mismas los documentos demostrativos de haberse presentado las reclamaciones en los formatos dispuestos por la ley; que además no se acreditó la ocurrencia del siniestro correspondiente, no se identificaron las pólizas SOAT afectadas con cada una de ellas o la enunciación de las placas de los vehículos asegurados, y que no se demostraron las pertinencias o relaciones entre los tratamientos médicos suministrados a los pacientes con las patologías que estos presentaron, revisadas por la Sala la totalidad de las facturas anexadas a la demanda, se advierte que solo a las números 12568, 12572, 13144 y 13387 no les aparece constancia de haber sido entregadas a la compañía aseguradora demandada para el cobro, pero de la prueba pericial practicada en el proceso, se encontró que sí fueron recibidas por dicha compañía, y se les hizo abonos, como aparece a folios 12.139, 12.043 y 12.044, es decir, fueron aceptadas por la demandada e inició el pago de las mismas.

De otra parte, de las siguientes facturas la parte actora no allegó con la demanda, en los CDS que incorporó para ello, las pruebas de la prestación de los servicios de salud que trata el art.6° de la Resolución 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, las disposiciones de los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del Decreto 780 de 2016 y el formulario de reclamación que deben presentar las IPS de acuerdo a la normatividad vigente. Tales facturas son las Nos.102462, 102329, 102306, 102151,101979, 101972, 101879, 101710, 101629, 101586, 101580, 101248, 101221, 101205, 101098, 101004, 100625, 100564, 100510, 100488, 100474, 100206, 100073, 100003, 99757, 99754, 99612, 99463, 99419, 99358, 99160, 99140, 99130, 99120, 99064, 98966, 98932, 98762, 98742, 98638, 98604, 98581, 98561, 98485, 98394, 98385, 98312, 98268, 98242, 98281, 98092, 98087, 98019, 98016, 97979, 97973, 97958, 97875, 97761, 97667, 97449, 97437, 97398, 97394, 97342, 97167, 97149, 97139, 97047, 96941, 96838, 96602, 96568, 96369, 96351, 96350, 96348, 96289, 96221, 96217, 96196, 95911, 95738, 95429, 95181, 95154, 94956, 94919, 94695, 94512, 94393, 94392, 94347, 94232, 94022, 93844, 93740, 93711, 93667, 93663, 93638, 93618, 93617, 93610, 93590, 93404, 92991, 92978, 92969, 92965, 92963, 92957, 92947, 92942, 92357, 92286, 92285, 92266, 92261, 92254, 92157, 92138, 92128, 92105, 92102, 91808, 91781, 91597, 91599, 91588, 91585, 91581, 91564, 91517, 91484, 91352, 91266, 91225, 91021, 91012, 90954, 90941, 90877, 90748, 90613, 90593,

90511, 90443, 90175, 90173, 90172, 90036, 89849, 89786,
 89426, 89349, 89320, 89291, 89060, 89048, 89021, 89020,
 89009, 88925, 88873, 88819, 88816, 88634, 88557, 88556,
 88305, 88295, 88209, 88173, 88015, 87991, 87932, 87917,
 87916, 87834, 87640, 87613, 87548, 87336, 87195, 87138,
 87076, 87073, 87044, 87026, 87019, 86945, 86879, 86830,
 86799, 86797, 86502, 86498, 86459, 86455, 86432, 86413,
 86410, 86291, 85941, 85835, 85757, 85751, 85166, 85151,
 84875, 84859, 84830, 84636, 84202, 84117, 84114, 84113,
 84052, 84049, 83944, 83893, 83516, 83494, 83357, 83353,
 83303, 83200, 83144, 83140, 83129, 83126, 83094, 83086,
 83066, 83048, 83043, 83038, 83032, 82985, 82983, 82969,
 82958, 82952, 82923, 82883, 82872, 82852, 82846, 82840,
 82818, 82804, 82797, 82793, 82789, 82768, 82764, 82712,
 82700, 82686, 82680, 82676, 82675, 82669, 82665, 82664,
 82662, 82661, 82658, 82650, 82632, 82584, 82577, 82576,
 82574, 82572, 82554, 82179, 82148, 39104, 39082, 39068,
 39063, 39027, 39019, 38978, 38974, 38948, 38723, 38676,
 38659, 38610, 38603, 38474, 38324, 38322, 38321, 38320,
 38319, 38318, 38317, 38316, 38315, 38314, 38313, 38312,
 38309, 38308, 38296, 38293, 38285, 38283, 38282, 38280,
 38277, 38276, 38274, 38272, 38271, 38269, 38268, 38267,
 38266, 38265, 38264, 38363, 38262, 38261, 38260, 38259,
 38258, 38257, 38255, 38254, 38252, 38259, 38224, 38165,
 38147, 38115, 38113, 38108, 38104, 38098, 37935, 37887,
 37818, 37817, 37813, 37808, 37807, 37803, 37792, 37786,
 37725, 37707, 37694, 37682, 37660, 37658, 37656, 37652,
 37651, 37621, 37619, 37608, 37549, 37547, 37532, 37482,
 37456, 37424, 37421, 37415, 37404, 37339, 37252, 37211,
 37004, 36870, 36805, 36772, 36754, 36722, 36704, 36625,
 36618, 36528, 36482, 36300, 36274, 36248, 36231, 36219,
 36196, 36135, 36127, 36115, 36108, 36074, 36072, 36069,
 36040, 35954, 35951, 35949, 35947, 35935, 35920, 35892,
 35812, 35690, 35678, 35220, 35216, 35191, 35165, 35129,
 35127, 34996, 34972, 34971, 34969, 34968, 34967, 34963,
 34959, 34958, 34951, 34926, 34921, 34917, 34906, 34904,
 34896, 34873, 34856, 34837, 34834, 34775, 34744, 34736,
 34585, 34474, 34461, 34453, 34437, 34405, 34391, 34390,
 34379, 34311, 34286, 34278, 34245, 34242, 34179, 34121,
 34075, 33985, 33920, 33884, 33751, 33716, 33677, 33642,
 33506, 33493, 33482, 33455, 33418, 33279, 33247, 33196,
 33122, 33063, 33048, 33035, 32920, 32830, 32293, 32250,
 32202, 32104, 32093, 32054, 32027, 31978, 31918, 31867,
 31753, 31700, 31692, 31609, 31510, 31502, 31473, 31467,
 31441, 31352, 31297, 31250, 31229, 31180, 31179, 30986,
 30932, 30832, 39768, 30719, 30675, 30657, 30655, 30629,
 30618, 30550, 30530, 30505, 30482, 30468, 30421, 30352,
 30335, 30319, 30284, 30277, 30213, 30208, 30203, 30172,
 30119, 30092, 30090, 30083, 30029, 29948, 29883, 29840,
 29825, 29788, 29752, 29618, 29584, 29551, 29532, 29531,
 29459, 29450, 29415, 29380, 29361, 29349, 29238, 29229,
 29277, 29210, 29206, 29200, 29162, 29150, 29147, 29133,

29132, 29005, 28952, 28937, 28930, 28912, 28834, 28826,
 28761, 28621, 28529, 28493, 28452, 28424, 28385, 28365,
 28360, 28356, 28312, 28262, 28261, 28260, 28249, 28243,
 28159, 28116, 28103, 28093, 28059, 28055, 28053, 28033,
 27982, 27978, 27971, 27970, 27932, 27920, 27915, 27905,
 27883, 27853, 27852, 27838, 37814, 27762, 27744, 27702,
 27700, 27674, 27659, 27655, 27644, 27610, 27599, 27598,
 27560, 27500, 27486, 27466, 27443, 27440, 27380, 27373,
 27332, 27304, 27255, 27202, 27195, 27170, 27169, 27167,
 27105, 27050, 27042, 27037, 27016, 27001, 26945, 26926,
 26873, 26844, 26837, 26833, 26820, 26818, 26817, 26804,
 26782, 26747, 26732, 26731, 26709, 26677, 26675, 26630,
 26625, 26605, 26544, 26500, 26440, 26432, 26431, 25421,
 26416, 26396, 26382, 26381, 26365, 26361, 26351, 26338,
 26331, 26326, 26295, 26293, 26278, 26256, 26238, 26182,
 26166, 26165, 26163, 26125, 25980, 25978, 25967, 25924,
 25920, 25906, 25886, 25878, 25864, 25817, 25738, 25716,
 25697, 25664, 25611, 25608, 25535, 25530, 25524, 25512,
 25482, 25473, 25462, 25416, 25402, 25384, 25376, 25371,
 25365, 25355, 25346, 25323, 25260, 25246, 25223, 25201,
 25185, 25174, 25156, 25154, 25151, 25141, 25135, 25052,
 25046, 25027, 25026, 25018, 25017, 25007, 24999, 24951,
 24949, 24948, 24945, 24944, 24943, 24942, 24883, 24879,
 24875, 24844, 24842, 24838, 24828, 24827, 24825, 24815,
 24787, 24763, 24758, 24699, 24692, 24673, 24612, 24333,
 24090, 24056, 24029, 24014, 23986, 23952, 23933, 23922,
 23885, 23881, 23814, 23735, 23733, 23672, 23664, 23661,
 23644, 23573, 23564, 23549, 23542, 23530, 23520, 23512,
 23509, 23494, 23480, 23479, 23469, 23465, 23461, 23460,
 23431, 23426, 23400, 23385, 23369, 23362, 23357, 23354,
 23344, 23335, 23333, 23328, 23327, 23307, 23294, 23276,
 23269, 23239, 23218, 23171, 23117, 23098, 23074, 23053,
 23040, 23034, 23003, 23001, 22955, 22946, 22941, 22933,
 22928, 22920, 22919, 22916, 22914, 22867, 22849, 22839,
 22836, 22828, 22825, 22816, 22803, 22800, 22794, 22787,
 22753, 22735, 22696, 22685, 22677, 22661, 22602, 22597,
 22584, 22579, 22560, 22541, 22529, 22516, 22463, 22441,
 22429, 22397, 22384, 22368, 22360, 22358, 22340, 22278,
 22277, 22276, 22255, 22244, 22224, 22221, 22217, 22208,
 22204, 22196, 22194, 22183, 22176, 22175, 22170, 22167,
 22165, 22150, 22145, 22144, 22143, 22139, 22133, 22131,
 22129, 22102, 22101, 22084, 22083, 22080, 22072, 22071,
 22056, 22045, 22017, 21989, 21977, 21970, 21936, 21874,
 21869, 21849, 21846, 21842, 21840, 21837, 21822, 21820,
 21807, 21776, 21688, 21653, 21652, 21580, 21563, 21558,
 21555, 21523, 21516, 21491, 21481, 21470, 21455, 21446,
 21439, 21432, 21428, 21415, 21414, 21407, 21352, 21324,
 21323, 21307, 21299, 21292, 21237, 21233, 21218, 21150,
 21146, 21142, 21138, 21120, 21117, 21105, 21058, 21052,
 21043, 21037, 21029, 21005, 21001, 20999, 20998, 20996,
 20968, 20964, 20933, 20929, 20927, 20922, 20908, 20902,
 20901, 20885, 20853, 20831, 20824, 20822, 20790, 20781,

20779, 20774, 20767, 20759, 20746, 20734, 20725, 20723, 20720, 20718, 20716, 20707, 20704, 20699, 20683, 20668, 20661, 20653, 20637, 20617, 20572, 20567, 20548, 20529, 20517, 20516, 20514, 20489, 20481, 20468, 20467, 20443, 20440, 20419, 20413, 20398, 20391, 20378, 20373, 20345, 20329, 20323, 20300, 20221, 20207, 20205, 20202, 20195, 20194, 20172, 20168, 20153, 20140, 20118, 20102, 20077, 20061, 20055, 20037, 20018, 20017, 19999, 19996, 19981, 19953, 19938, 19931, 19930, 19929, 19925, 19922, 19917, 19911, 19904, 19895, 19893, 19892, 19884, 19880, 19878, 19868, 19860, 19822, 18781, 19767, 19720, 19712, 19682, 19681, 19664, 19662, 19649, 19637, 19635, 19634, 19604, 19591, 19589, 19584, 19574, 19561, 19552, 19505, 19478, 19473, 19469, 19452, 19442, 19428, 19425, 19408, 19349, 19335, 19323, 19304, 19283, 19270, 19231, 19225, 19218, 19199, 19173, 19170, 19162, 19140, 19138, 19122, 19070, 19064, 19061, 19045, 19028, 19025, 18983, 18981, 18978, 18972, 18927, 18911, 18888, 18859, 18812, 18811, 18806, 18772, 18771, 18768, 18760, 19748, 18742, 18733, 18771, 18698, 18689, 18650, 18590, 18561, 18550, 18525, 18524, 18521, 18494, 18480, 18475, 18471, 18440, 18424, 18422, 18398, 18340, 18296, 18294, 18281, 18263, 18247, 18243, 18238, 18207, 18194, 18193, 18187, 18146, 18090, 18052, 18048, 18043, 18042, 18031, 18022, 18018, 18010, 17989, 17982, 17943, 17929, 17900, 17891, 17884, 17855, 17810, 17797, 17787, 17755, 17751, 17743, 17726, 17724, 17714, 17706, 17705, 17702, 17698, 17697, 17693, 17688, 17664, 17655, 17642, 17587, 17555, 17530, 17503, 17490, 17484, 17481, 17478, 17460, 17445, 17427, 17405, 17381, 17363, 17356, 17339, 17324, 17319, 17276, 17263, 17259, 17242, 17205, 17179, 17173, 17142, 17118, 17099, 17095, 17079, 17012, 17010, 16984, 16975, 16967, 16957, 16950, 16928, 16925, 16914, 16910, 16905, 16897, 16890, 16880 y 16876.

Sin embargo, respecto de éstas, en el informe pericial practicado en el proceso que como antes se dijo no fue objetado por los litigantes, se comprobó que absolutamente todas fueron radicadas ante la empresa demandada, siendo aceptadas la totalidad de las mismas por la demandada, algunas de las cuales fueron pagadas en su integridad, a otras les efectuó abonos, e incluso algunas tienen saldos a favor de la deudora, que fueron aplicados por la auxiliar de la justicia al deducir de la deuda total el valor de los abonos, incluyendo algunos pagos efectuados por el polo pasivo a la parte demandante, que no tenían información de las facturas a las que pertenecían, tomando además algunas facturas por el valor cobrado en la demanda aunque en la contabilidad de la demandada aparecía que el saldo era mayor; quedando después de realizar tal ejercicio, un saldo insoluto a cargo de la demandada por la suma de \$2.706.403.462,00, monto de dinero respecto del cual dedujo el juzgador de primer grado la suma de \$4.906.332,00 al reconocer a favor de la demandada que las pólizas de seguros que se pretendían afectar con unas reclamaciones, identificadas

con los Nos. 90871, 90642, 37381 y 94494 no fueron expedidas por la aseguradora de marras, como también descontó la suma de \$9.744.223,00 dada la prosperidad de la excepción de mérito de agotamiento del valor asegurado con las pólizas afectadas por siniestros allí relacionadas, arrojando un saldo insoluto final de \$2.691.752.907,00, por el cual dispuso continuar la ejecución; de manera que tal como dedujo el juzgador de primer grado, las excepciones denominadas “improcedencia de la declaratoria de existencia de obligaciones a cargo de QBE SEGUROS S.A., facturas glosadas e improcedencia del reconocimiento de facturas por falta de relación causal del servicio de salud prestado con la lesión padecida en el accidente de tránsito”, ciertamente carecían de vocación de prosperidad, por las razones examinadas en este punto»¹²⁵.

En otras palabras, el *ad quem* dio por acreditado que todas las facturas representativas de las indemnizaciones reclamadas en la demanda fueron radicadas ante la aseguradora. Lo anterior, con apoyo en el dictamen pericial que no fue objetado por las partes. También señaló que el alegato de falta de presentación oportuna para el cobro no tenía cabida en el escenario del proceso declarativo, sino que impedía la conformación del título ejecutivo. Asimismo, estudió el reparo relativo a que había facturas a las cuales no se habían anexado documentos demostrativos de la prestación del servicio, lo cual conllevaría la falta de acreditación de la ocurrencia y cuantía del siniestro, así como la falta de pertinencia de algunos de los servicios prestados. Al respecto, el Tribunal sostuvo que en la experticia se constató que todas las facturas adosadas al plenario fueron radicadas ante la aseguradora y aceptadas por esta, quien hizo pagos totales o abonos sobre las mismas. De la lista de facturas que refirió *in extenso*, el sentenciador advirtió, nuevamente, que el dictamen pericial daba cuenta

¹²⁵ Cuaderno del Tribunal. Sentencia. págs. 14-21.

de que tales documentos fueron radicados ante la demandada y aceptadas en su totalidad. En todo caso, el Tribunal también señaló que *«En lo que concierne a la excepción de “facturas glosadas y transadas”, tenemos que a tenor de lo dispuesto por el art. 2469 del Código Civil, el contrato de transacción es uno por el cual las personas comprometidas en un conflicto jurídico, de manera extraprocesal y sin la concurrencia de un tercero investido de autoridad, de común acuerdo ponen fin a la controversia existente entre ellos, evitando la provocación de un pleito judicial, o ponen fin al que se había iniciado; de manera que siempre que el acuerdo se efectúe de manera autónoma por las partes, sin contar con la aprobación de las autoridades dotadas de competencia para intervenir en calidad de conciliadores en la solución alternativa de conflictos, estaremos en presencia de una transacción, sin consideración al nombre con el cual las partes rotulen la convención. En este orden de ideas, encontramos que en el presente asunto, de acuerdo con la información que reposa en el cuaderno denominado “facturas transadas y glosadas”, de las facturas que hacen parte del dossier respecto de las cuales se pretende su reconocimiento judicial, encontramos que presentadas por parte de la demandante a la compañía de seguros demandada para su pago, las números 85617, 85722, 85749, 85826, 85834, 86001, 85271, 85538, 95519, 85570, 85630, 85692, 85919, 85910, 86222, 86393, 86413, 86433, 86486, 86530, 86564, 86576, 86758, 86719, 86872, 87021, 87011, 87022, 87057, 87254, 87292, 87338, 87336, 89260, 89609, 89765, 89867, 90205, 90443, 90383, 90477, 90611, 90672, 90941, 90962, 91021, 91037, 91006, 91135, 81213, 91330, 91447, 91580, 91595, 91588, 91597, 91598, 91601, 92157, 92222, 92266, 92254, 92260, 92282, 92285, 92287, 92291, 92933, 92942, 92956, 92957, 92959, 92960, 92984, 92994, 92988, 92977, 92969, 92991, 92965, 92997, 92995, 92961, 92990, 93094, 93391, 93404, 93395, 93410, 93407, 93596, 93586, 93598, 93581, 93620 y 93638, estas fueron glosadas por la deudora, por diferentes motivos, recayendo entonces la transacción entre las partes, en el reconocimiento de las objeciones por parte de la acreedora, la corrección de otras, y el establecimiento del monto de*

dinero reconocido en cada una de ellas, lo que en principio llevaría a considerar que no tendría que solicitarse su reconocimiento judicial; sin embargo como quiera que del dictamen pericial incorporado legalmente al proceso se tiene por establecido que tales facturas fueron pagadas en cada uno de los montos reconocidos por la deudora, con anterioridad a la presentación de la demanda, quedan cobijadas en el reconocimiento de la excepción de pago parcial de la obligación; pues incluso algunas de ellas, pagadas como se reitera antes de la presentación de la demanda, fueron canceladas por saldo mayores a los convenidos, excedentes a favor de la demandada que fueron aplicados por la auxiliar de la justicia al monto total de la deuda, quedando el saldo insoluto mencionado en párrafo anterior; circunstancia por la cual ante la prosperidad de la excepción de pago, la de facturas transadas y glosadas surge irrelevante, y por ende, no se accederá a lo pretendido por el polo pasivo en este punto»¹²⁶. En esta medida, el sentenciador advirtió que algunas facturas habían sido glosadas, es decir, su monto había sido objetado por la aseguradora. También indicó que tales objeciones habían sido transadas por las partes en contienda y que según se desprende del dictamen pericial, habían sido pagadas en su integridad, de modo que estaban cobijadas por la excepción de pago parcial que prosperó en tal sentido.

6.2. Pues bien, esta Corporación no advierte la incursión en el yerro ostensible denunciado, por cuanto la valoración conjunta del acervo a la luz de las reglas de la experiencia y bajo el tamiz de la sana crítica permitía dar por demostrada la ocurrencia de los siniestros incorporados en las múltiples reclamaciones allegadas al plenario. En otros términos, la apreciación que hizo el Tribunal de los medios

¹²⁶ Cuaderno del Tribunal. Sentencia. págs. 22.

de prueba no luce desfasada ni antojadiza. De modo que el embate cuarto no deja de ser un mero alegato, pues presenta una valoración alternativa de los medios suasorios que no logra derruir la doble presunción de legalidad y acierto del fallo del Tribunal.

Auscultado el dictamen pericial, esta Sala advierte que, la experta contable señaló que *«el trabajo se dividió en dos grandes grupos, por una parte se solicitó a Clínica Jaller S.A. todas las facturas incluidas en la demanda en referencia, con el fin de validar el cliente (en este caso, que todas estuvieran a nombre de QBE Seguros S.A.), valor efectivamente facturado y sello de recibido por parte de QBE Seguros S.A., y posteriormente se verificó cada uno de los pagos realizados a dichas facturas. Con el fin de NO dejar ningún pago por fuera, no nos basamos en ningún listado, por el contrario verificamos el 100% de los recibos de caja de la CLÍNICA JALLER S.A. y documentamos aquellos que se encontraran a nombre de QBE SEGUROS S.A., sin embargo, para los años 2010, 2011, 2012 y parte del 2013, la clínica no contaba con dichos soportes, por lo cual solicitamos a QBE SEGUROS S.A. nos suministrara la información. Cabe resaltar que para la primera etapa, se verificó un total de 6.615 facturas y para la segunda parte del proceso un aproximado de 20.000 recibos de pago. Información suministrada por ambas partes... Es importante descartar, que el ALCANCE de la auditoria, de acuerdo con los lineamientos dados, se basó en determinar el total del valor facturado por parte de la CLÍNICA JALLER S.A. y el total de los pagos realizados a cada factura por parte de QBE SEGUROS S.A., con las fechas de los mismos, lo cual se cumplió a cabalidad, sin importar lo dispendioso y complejo, por el alto volumen de información; es importante mencionar que encontramos inconsistencias de ambas partes, tales como: Pagos realizados por QBE SEGUROS S.A no aplicados por la CLÍNICA JALLER S.A., pagos no soportados por QBE SEGUROS S.A. que CLÍNICA JALLER S.A. tiene aplicados, facturas pagadas por QBE SEGUROS S.A. por mayor valor al facturado, pagos no*

aplicados a ninguna factura por parte de CLÍNICA JALLER S.A. Por otra parte, igual de importante mencionar, que gran parte de lo adeudado por QBE SEGUROS S.A. corresponde a saldos de facturas, los cuales es posible se encuentren glosados, pero dicha determinación no estaba dentro del alcance dado para el peritaje, y el cual se recomienda analizar»¹²⁷. Tal dictamen da cuenta, pues, de que la gran mayoría de las facturas allegadas al proceso habían sido pagadas parcial o totalmente por la aseguradora.

En su testimonio, Daya Garay, médico auditor y empleada de QBE Seguros S.A. para la fecha de la declaración, señaló cómo algunas de las facturas presentadas habían sido objetadas parcialmente -glosadas- con base en falta relación causal entre exámenes practicados y naturaleza del accidente¹²⁸. Reclamaciones que fueron objetadas en su momento por la compañía de seguros y posteriormente transadas por las partes, con eventuales pagos parciales o totales de la obligación -asunto que no discute el casacionista-. Por lo demás, esta Sala advierte que el recurrente insiste en que 527 facturas carecen de los soportes o anexos señalados en la regulación del SOAT para presentar la reclamación. Como si tal normativa estableciera una tarifa legal al abrigo de la cual no sería posible acreditar la ocurrencia del siniestro por medios distintos a los listados en la norma. Según se señaló antes, los documentos anexos a la reclamación del SOAT son requisito para constituir el título ejecutivo complejo en caso de que la aseguradora guarde silencio frente a la reclamación. Pero en el marco del

¹²⁷ Cuaderno del Juzgado. Dictamen Pericial. Archivo digital: «Dictamen ejecutivo 00346-2017... pdf», págs. 1 y 14.

¹²⁸ Cfr. Declaración de testigo. A partir del minuto 11:00 de la audiencia contenida en archivo digital «Aud. 23 de abril parte 2».

proceso declarativo el demandante cuenta con libertad para acreditar la materialización del riesgo asegurado -i.e., atención a la víctima de accidente de tránsito-. De modo que el embate con respecto a las 527 facturas deviene intrascendente o incompleto, porque la falta de tales anexos no se traduce necesariamente en inexistencia o falta de prueba del siniestro. Por lo demás, el Tribunal verificó que *todas* las facturas allegadas habían sido radicadas ante la aseguradora. Y constató que las pocas que habían sido glosadas -i.e., objetadas- habían sido transadas o pagadas parcial o totalmente.

Respecto de las reclamaciones que no fueron objetadas, al silencio de la aseguradora se sumaron, pues, los pagos parciales o totales de las mismas, de lo cual da cuenta el dictamen pericial que no fue objetado por las partes. No menos relevante fue que la defensa de la pasiva se planteó en conjunto, sin confutar cada una de las reclamaciones de manera individualizada -otro punto que tampoco se discutió en casación-. Pues si bien se trataba de siniestros distintos -accidentes de tránsito independientes-, estaban involucradas las partes de una misma relación comercial aseguraticia. No resultaba ilógico ni antojadizo, por tanto, que el Tribunal hiciera un análisis conjunto de la conducta de las partes en desarrollo de su relación comercial para acuñar indicios graves y convergentes de la ocurrencia de los siniestros representados en cada una de las facturas arrimadas.

5. Por las razones anotadas, el cargo no prospera.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil, Agraria y Rural, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley, **CASA** la sentencia proferida por la Sala Civil-Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla el 22 de septiembre de 2020, en el proceso verbal que promovió la Clínica Jaller S.A.S. en contra de QBE Seguros S.A. -hoy Zurich Colombia Seguros S.A.-. En consecuencia, antes de proferir fallo de instancia,

RESUELVE

PRIMERO. Designar -de ser ello factible- al perito que rindió el dictamen dentro de este proceso¹²⁹ para que en el término de noventa (90) días, contados a partir de su posesión, siguiendo los derroteros del dictamen incorporado al proceso, rinda experticia con el objeto de determinar: 1) con respecto a las facturas con fecha de expedición anterior al 25 de abril de 2014¹³⁰: indicar los pagos parciales realizados en fecha posterior a esa data, el monto y fecha de dichos pagos y saldo de la obligación después del pago parcial; 2) con respecto a las facturas expedidas el 25 de abril

¹²⁹ El Juzgado designó a Martha Cecilia de Andreis Avendaño como perito contable. Cuaderno del Juzgado. Fl. 11995.

¹³⁰ La fecha corresponde a dos años antes de la presentación de la demanda. No obstante, al momento de valorar el acervo se tendrá en cuenta que el término de prescripción empieza a correr a partir de la fecha de la atención a la víctima del accidente de tránsito y no la de la expedición o vencimiento de la factura.

de 2014 o en fecha posterior: indicar el monto, fecha de los pagos parciales realizados y saldo de la obligación después del pago parcial; 3) En todos los casos, liquidar los respectivos intereses moratorios causados sobre cada una de las obligaciones contenidas en las facturas, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, hasta la fecha del dictamen.

SEGUNDO. Comisionar con amplias facultades al *a quo*, Juzgado Catorce Civil del Circuito de Barranquilla, para que tome las medidas necesarias para que se cumpla la orden emitida en esta providencia, incluidas la de relevar al perito y designar uno nuevo, de ser el caso, así como surtir el traslado del nuevo peritaje.

TERCERO. Disponer que por la Secretaría de la Sala se libre el respectivo despacho comisorio, con los insertos indispensables, entre ellos, las cajas de las facturas, los documentos aportados por la perito y las pruebas aportadas por la demandada previa su completa foliación.

CUARTO. Exhortar a las partes para que presten colaboración al perito, facilitándole, de ser necesario, los documentos indispensables para el cumplimiento de su labor.

QUINTO. Sin costas en casación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

HILDA GONZÁLEZ NEIRA

Presidente de Sala

MARTHA PATRICIA GUZMÁN ÁLVAREZ

FERNANDO AUGUSTO JIMÉNEZ VALDERRAMA

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

FRANCISCO TERNERA BARRIOS

Firmado electrónicamente por:

Hilda González Neira
Presidenta de la Sala

Martha Patricia Guzmán Álvarez
Magistrada

Fernando Augusto Jiménez Valderrama
Magistrado

Octavio Augusto Tejeiro Duque
Magistrado

Francisco Ternerá Barrios
Magistrado

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

Código de verificación: F2F1383410F8A3CEF23F7BC262BD10F300E8CDA0DE875637C56414D3FBA52508

Documento generado en 2025-09-30