RADICACIÓN: 08001-31-53-005-2022-176 -00
REFERENCIA: **PROCESO EJECUTIVO**
DEMANDANTE: CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S. NIT: 802.000.774-1
DEMANDADO: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. Nit. 860.037.013-6

JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD BARRANQUILLA, **PRIMERO (01) DE JUNIO DE DOS MIL VEINTITRES (2023)**

Se procede a resolver el recurso de reposición interpuesto por el apoderado de la parte demandada en contra del auto de fecha 24 de agosto de 2022, que ordeno librar mandamiento ejecutivo en este asunto.

ARGUMENTOS DEL RECURRENTE

En el hecho séptimo de la demanda, la CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S afirma de manera categórica: "las reclamaciones de pago, acompañadas de facturas y demás documentos que se presentan ante la aseguradora, una vez surtido el trámite administrativo pertinente y por el hecho de no haber sido pagadas ni formuladas objeciones, devoluciones o glosas oportunamente por parte de la compañía aseguradora se constituyeron en títulos ejecutivos" afirmación esta que es contraria a la realidad, porque en todas y cada una de las reclamaciones relacionadas en el hecho quinto, la aseguradora demandada objetó oportunamente la reclamación e informó a la IPS sobre dicha objeción tal como quedará probado con los documentos que se acompañan con el presente recurso, si la propia demandante concluye que el título complejo (tal como lo indica en el hecho tercero de la demanda) lo componen las facturas, los demás documentos presentados a la aseguradora y la inexistencia de una objeción, al demostrarse que si existe objeción desaparece ese requisito del título complejo y por lo tanto no puede mantenerse el mandamiento de pago.
La parte demandante afirma hechos contrarios a la realidad como el afirmado en el numeral séptimo, está llevando a la juez a un error, este es el momento para que la juez advierta que no es verdad que hay ausencia de objeciones momento para que la juez advierta que no es verdad porque si existen las mismas toda vez que entre tanto el prestador del servicio alega que existió un accidente de tránsito, el asegurador alega que no se trató de un accidente de tránsito de acuerdo a la definición que la legislación SOAT establece.
• Que el prestador del servicio al reclamar indicó que el vehículo asegurado con el SOAT, estuvo involucrado en el accidente y el asegurador al objetar con fundamento, alega que el vehículo, no intervino en el accidente de tránsito.
• Que el prestador incluyó en la factura un servicio, un medicamento, un examen diagnóstico y el asegurador en su labor de auditoría, encontró que no se prestó el servicio, no se suministró el medicamento, no era pertinente su suministro o práctica para el manejo de las lesiones sufridas por la víctima en el accidente de tránsito.
• Que el prestador en la factura le asignó un precio a un bien o un servicio que no corresponde al tarifario establecido en la legislación SOAT y que al realizar el asegurador la auditoría, verificó el exceso en el precio y por tal razón objetó dentro del término oportuno.
• Que el prestador a sabiendas que el artículo 26 del decreto 56 de 2015 le exige acompañar unos documentos a su reclamación, no los acompañó completos y que, al realizar la auditoría, el asegurador se percató de que faltaban soportes, por tal razón objeto la reclamación dentro del término oportuno.
• Que la factura reclama un valor determinado por la atención brindada a la víctima del accidente de tránsito y al realizar la auditoría, el asegurador establece que las lesiones no fueron originadas en un accidente de tránsito
en el cual se hubiese visto involucrado un vehículo asegurado por mi representada y que adicional a ello contara con póliza SOAT vigente para la fecha.
• Que la factura incluida en la reclamación se refiere a la atención de una víctima que cuando ocurrió el accidente se desplazaba en un vehículo diferente al asegurado y al realizar la auditoría, el asegurador se percató
de dicha situación y objetó la reclamación indicándole al reclamante que debe dirigir su reclamación al asegurador del vehículo, en el cual se desplazaba la víctima.
• Que la factura se refiere a servicios de salud bríndalos a una víctima a la que las lesiones se las causó un vehículo no identificado o un vehículo no asegurado y por esa razón, el asegurador objetó la reclamación indicándole al reclamante que de acuerdo al numeral 1 del artículo 9 del decreto 056 del 2015 debe reclamar el pago de los servicios al Adres.
En nuestro caso, en las reclamaciones en que la demandante creó cada factura que presenta para el cobro ejecutivo, acompañada de los demás documentos soporte de la reclamación, se presentaron algunas de las circunstancias relatadas en el numeral anterior, es decir que, por alguna de las

múltiples causas, el asegurador objetó la reclamación en la cual se incluyó la factura objeto de cobro ejecutivo.
Como la tesis de la parte actora es que se nos encontramos ante un título ejecutivo complejo, la Juez, como directora del proceso, está en la obligación de valorar todos y cada uno de los documentos aportados, y acto seguido, proceder a validar si en efecto los documentos que fueron allegados por la parte actora si se establecen como título ejecutivo, como en el presente caso, con este recurso se está acompañando la prueba de cada objeción formulada por el asegurador, deberá el Despacho revocar el mandamiento de pago ya que el mismo, se fundó en una afirmación contraria a la realidad que la parte demandante realizó de manera temeraria para poder obtener el mandamiento de pago.
Resulta evidente que el Despacho para poder determinar si en el caso de la referencia nos encontramos ante un título ejecutivo complejo, debía analizar minuciosamente la documentación aportada tanto en la demanda como en el presente recurso de reposición interpuesto por mi representada frente al auto mediante el cual se libró mandamiento de pago, y sin lugar a dudas, se puede observar que existe una discusión sobre si en efecto de la reclamación formulada se deriva una obligación a cargo del asegurador o si por el contrario, el asegurador tuvo razón en formular la objeción respecto a las reclamaciones en cuestión.
No se puede pasar por alto, que el artículo 1053 del Código de Comercio establece los casos en que la póliza presta mérito ejecutivo, y allí indicó lo siguiente:
“Artículo 1053. Casos en que la póliza presta mérito ejecutivo La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola,
en los siguientes casos:
1) En los seguros dotales, una vez cumplido el respectivo plazo.
2) En los seguros de vida, en general, respecto de los valores de cesión o rescate, y
3) Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda.” Como se pudo observar, en el numeral tercero de la norma citada quedó consignado expresamente, que la póliza prestaría merito ejecutivo trascurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o beneficiario haya presentado al asegurador la reclamación junto a los documentos requeridos para acreditar tanto siniestro y cuantía como lo establece el artículo 1077 del Código de Comercio, sin que dicha reclamación hubiese sido objetada, por tal motivo, el Despacho debe analizar en conjunto la factura, los soportes, la póliza y las objeciones formuladas por mi representada, debiendo concluir que ante la existencia de objeciones, no se cumplen los requisitos señalados. Para que ese título complejo preste mérito ejecutivo, debe cumplir lo dispuesto en el artículo 1053 del Código de Comercio, es decir, que el reclamante haya cumplido con la carga de demostrar tanto siniestro y cuantía y que el asegurador no haya objetado la reclamación; y en nuestro caso esos requisitos no se cumplen, porque ni la demandante demostró siniestro y cuantía en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio, ni el asegurador dejó pasar el término del mes señalado en la ley para formular la objeción, puesto que en todas las reclamaciones, la compañía oportunamente entregó al reclamante la respectiva carta de objeción indicando las razones por las cuales no era procedente el pago pretendido.
A este punto, se cuestiona que la demandante haya instaurado un proceso ejecutivo y solicitado la práctica de medidas cautelares, indicando que de las reclamaciones referenciadas en la demanda se deriva una obligación clara, expresa y exigible, desconociendo que ella misma ha instaurado una cantidad considerable de procesos verbales ante los diferentes jueces civiles de Barranquilla (municipales y circuito), los cuales se encuentran en curso, en donde también pretende el pago de varias reclamaciones derivadas de atenciones médicas y quirúrgicas con cargo al SOAT expedido por mi representada, pero siendo consciente que existe una obligación discutida, por lo que no puede entonces la parte actora decidir a su amaño y a su conveniencia dejar atrás las normas que regulan las reclamaciones SOAT y otorgarle un mérito ejecutivo a una reclamaciones que no las tiene, siendo entonces una conducta temeraria y de mala fe; se advierte al Despacho que a la presente, se adjuntan las impresiones de la rama judicial y las demandas, relativas a esos procesos verbales, en los cuales la hoy demandante reclama el pago de atenciones médicas en un proceso verbal, de igual naturaleza que las que hoy son objeto del cobro ejecutivo, incluso podrá observar que los hechos tanto en la demanda verbal como en la ejecutiva, se basan en los mismos supuestos.
Basta con que el Despacho valide la naturaleza de los siguientes procesos instaurados por la parte actora, para comprobar que los mismos son procesos verbales en donde se busca que el Juez dirima la controversia surgida entre la CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S y la COMPAÑÍA MUNDIAL DESEGUROSS.A. y decida a cuál de las partes le asiste la razón, esto es, si las objeciones

formuladas se encuentran fundamentadas o si por el contrario hay lugar a que sean levantadas y se proceda con el pago del valor pretendido, los procesos son:
a) 08001 31 53 016 2021 00094 00
b) 08001 40 53 004 2022 00203 00
c) 08001 40 53 004 2022 00174 00
d) 08001 40 53 001 2022 00193 00
e) 08001 31 53 001 2022 00083 00
f) 08001 31 53 013 2022 00078 00
g) 08001 31 53 005 2022 00108 00
No puede entonces, una obligación de la misma naturaleza, tener merito ejecutivo en este proceso, y en los otros, ser objeto de pretensiones declarativas.
Debe preguntarse la señora juez al resolver el presente recurso de reposición, ¿de las reclamaciones que son objeto del presente proceso se desprende una obligación clara, expresa y exigible? ¿es verdad que el asegurador no objetó cada reclamación? ¿Se cumplen todos los requisitos que la legislación del SOAT tiene establecido para que proceda el pago de lo reclamado?
Para resolver todos los interrogantes planteados en el numeral anterior, la juez no sólo debe evaluar cada factura, sino todos los soportes de la reclamación y además debe analizar la objeción que el asegurador en cada caso le entregó a la demandante, debe revisar las normas jurídicas que de manera especial regulan el SOAT y luego de ese análisis deberá dar respuesta negativa a todos esos interrogantes, lo que necesariamente lo llevará a revocar el mandamiento de pago y a dar plena aplicación al inciso tercero del artículo 430 del CGP, que establece que el mismo juez tramitará el proceso como verbal y el demandante tiene un término de 5 días para adecuar su demanda, desde luego revocando el auto que decretó las medidas de embargo y ordenando la entrega de todos los dineros embargados a la demandada, en caso de que se haya decretado y practicado.
Para que la señora juez tenga otro elemento de juicio que le permita llegar a la conclusión de que las reclamaciones que son objeto del presente proceso no se deriva una obligación clara, expresa y exigible, se acompaña la respuesta que el Ministerio de Salud dio el día 24 de mayo del 2022, en el radicado 202234201009031 a un derecho de petición formulado, en el cual se indicó:
"2. ¿Si además de la factura electrónica, el prestador de servicios de salud a víctimas de accidentes de tránsito, debe acompañar documentación soporte de la reclamación como formulario FURIPS, historia clínica, y demás documentos señalados en el Artículo 26 del Decreto 56 de 2015, indicar si dichos documentos deben radicarse de manera simultánea con la factura electrónica? 3
Respuesta. La reglamentación vigente sobre la factura electrónica en salud, no ha modificado los soportes que deben acompañar el proceso de reclamación de la atención en salud brindada a las víctimas de accidentes de tránsito, que deben adelantar los Prestadores de Servicios de Salud ante las aseguradoras del ramo SOAT, debiendo acogerse lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016, Artículo 2.6.1.4.2.20, sobre "Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud." 1 . En el artículo 5 de la Resolución 510 de 20222, sobre el proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores, se establece que dicho proceso comporta la entrega simultánea de la factura electrónica de venta con validación previa de la DIAN, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud y los demás soportes determinados en la normatividad vigente, que para las reclamaciones relacionadas con eventos amparados por el SOAT corresponde a los definido. Como la aseguradora SOAT, de conformidad revisión de la reclamación SOAT y las normas que regulan la factura electrónica establecen que si en el término de tres días de recibo del servicio o bien no se reclama al generador de la factura se produce aceptación tácita de la factura, ¿debe entonces el pagador de la factura. rechazar la factura para que no se presente la aceptación tácita?, en atención a que, en tres días desde la recepción, es imposible realizar la revisión de toda la documentación soporte. Respuesta.2 Una vez surtido por parte del Prestador de Servicios de Salud el proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud de que trata el artículo 5 de la Resolución 510 de 2021, procede el trámite de la misma en los términos definidos en la ley. Para el caso de las reclamaciones del ámbito SOAT, con la radicación de la factura electrónica de venta en salud por parte de la aseguradora, se inicia el proceso de auditoría establecido en la Resolución 3823 de 2016, Artículo 8. Auditoría a las atenciones en salud a víctimas de accidentes de tránsito, debiendo surtirse este proceso ante el Prestador de Servicios de Salud dentro del término dispuesto en el Decreto 780 de 2016, Artículo 2.6.1.4.3.12 Término para resolver y pagar las reclamaciones. Durante este periodo no es dable para el Prestador de Servicios de Salud acogerse a la aceptación tácita de la factura. 4. El artículo 2.2.2.53.4 inciso segundo del Decreto 1074 de 2015 establece:
"Aceptación tácita: cuando no reclamare al emisor en contra de su contenido, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la mercancía o el servicio. El reclamo se hará por escrito en documento electrónico". Teniendo en cuenta que por la naturaleza del SOAT y de la regulación legal que lo rige, el servicio o el bien se le suministra a la víctima en cada momento en que se le brinda la atención médica y que el asegurador no es quien recibe esos bienes y servicios,

requerimos nos indique, ¿si el término de 3 días para reclamar al emisor, se contabiliza desde el momento en el cual la aseguradora recibe la reclamación acompañada de todos los documentos que le permitan definir la cobertura del bien o servicio suministrado a la víctima o desde el momento en que vence el término de un mes para que la aseguradora atienda la reclamación? Respuesta. La aceptación tácita de la factura procede una vez ha vencido el término para resolver y pagar las reclamaciones, definido en el citado Artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, siempre y cuando no existan
objeciones a la factura por parte de la aseguradora SOAT.
7. Si luego de concluido el trámite de revisión y auditoría de la reclamación SOAT, el asegurador define que debe objetar totalmente la reclamación por alguna de las razones que permiten objetarla, por ejemplo, porque las lesiones sufridas por la víctima no se ocasionaron en accidente de tránsito o el vehículo asegurado no estuvo involucrado en el mismo, ¿puede el asegurador solicitar al facturador la expedición de la correspondiente nota crédito? . Si luego de concluido el trámite de revisión y auditoría de la reclamación SOAT, el asegurador define que algunos de los bienes y servicios facturados no pueden ser objeto de pago porque, por ejemplo, en la historia clínica no existe evidencia del suministro de ese bien o de la prestación del servicio a la víctima, ¿puede solicitarle al facturador que expida nota crédito de esos bienes o servicios que no es posible pagar? Respuesta. Sobre la normativa del ámbito SOAT que resulta aplicable a las objeciones que pueden efectuarlas aseguradoras a las reclamaciones que realizan los Prestadores de Servicios de Salud, el artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero modificado por el artículo 244 de la Ley 100 de 1993, señala que, de existir serios motivos de objeción a la reclamación, la aseguradora deberá poner en conocimiento del reclamante tales objeciones, dentro del término previsto para el pago de la indemnización, a saber: “. Cuando las compañías aseguradoras encuentren que existen serios motivos de objeción a la reclamación que presenten las entidades clínicas hospitalarias, deberán poner en conocimiento del reclamante tales objeciones, dentro del término previsto para el pago de la indemnización. No obstante, deberá en todo caso la aseguradora pagar como anticipo imputable a la indemnización, una suma equivalente al porcentaje que reglamente el Gobierno Nacional, siempre que la reclamación se haya presentado de conformidad con lo dispuesto en las normas que la regulan.”. Lo anterior, se da con ocasión al debido proceso, en aras que los Prestadores de Servicios de Salud tengan la oportunidad de controvertir la objeción a la reclamación. Así mismo, debe considerarse lo establecido en el numeral 4 del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en el aparte donde se refiere a que el seguro obligatorio de accidentes de tránsito –SOAT- se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por ese Estatuto. Igualmente, según el numeral 8 del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, en lo no regulado en ese decreto respecto al SOAT, debe aplicarse las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes, que a su tenor señala: “Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT (…) 8. Régimen legal. En lo no regulado en el presente Capítulo para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes. (…)”
De otra parte, al consultar las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Código de Comercio, se encuentran los artículos 1074, 1077 y 1078, los cuales han sido utilizados por algunas aseguradoras del ramo SOAT para objetar las reclamaciones presentadas por las IPS (…)
15. ¿Podría un asegurador SOAT pedirle al reclamante de servicios de salud brindados a víctimas de accidentes de tránsito, que con la reclamación solo le acompañe el FURIPS y toda la documentación establecida en el artículo 26 del Decreto 056 del 2015, y que la factura correspondiente solo sea expedida cuando concluya la labor de auditoría y revisión de la reclamación y se haya definido si procede el pago total, el pago parcial ante la objeción parcial de algunos bienes y servicios o el no pago por estar configurada una objeción total? 16. En las reclamaciones frente a las cuales se formula objeción parcial y se generan unos pagos parciales, ¿la factura electrónica que compone esta reclamación debe ser rechazada o aceptada? Respuesta. No es posible realizar lo planteado en la pregunta 15. El proceso de facturación electrónica en salud fue reglamentado por este Ministerio mediante la Resolución 510 de 2022, debiendo acogerse lo dispuesto en la normatividad vigente a partir del 1 de enero de 2023. Esto por cuanto, como se ha mencionado en respuestas anteriores, con la radicación de la factura y sus soportes ante la aseguradora SOAT, se da inicio al plazo de un mes definido en el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, como término para resolver y pagar las reclamaciones.
Dentro de este plazo y una vez se adelante el proceso de auditoría a las atenciones en salud a víctimas de accidentes de tránsito (artículo 8 de la Resolución 3823 de 2016), se debe surtir el trámite de aclaración de glosas entre el Prestador de Servicios de Salud y las aseguradoras SOAT, posterior a lo cual las partes definen los servicios y tecnologías que serán objeto de cobro, y de requerirse,

procederá la generación de las notas contables que apliquen (crédito o débito) para finalmente dar aceptación y pago de la factura (total o parcial según corresponda. Por otro lado, llama la que el apoderado de la parte demandante en el escrito de la demanda, indique que el Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016, establece cuales son los documentos que debe allegar la IPS al momento de presentar la reclamación ante el asegurador, sin embargo, omitió informar al despacho que respecto a la totalidad de las reclamaciones que son objeto del presente proceso ejecutivo el asegurador había, dentro del plazo señalado en el artículo 38 del Decreto 056 del 2015, entregado la objeción parcial en la que le especificó al reclamante las razones por las cuales realizó un pago parcial y objetó otra parte del valor reclamado, o procedió a objetar la totalidad de la reclamación, y que frente a una reclamación realizó el pago total, extinguiendo así la obligación, no siendo entonces posible entonces derivar una obligación clara, expresa ni exigible, cuando en realidad lo que existe es una obligación discutida que debe ser dirimida mediante un proceso verbal y no un ejecutivo.

Como con este escrito de reposición se acompañan los documentos que de manera cuestionable no fueron acompañados con la demanda, y que permiten demostrar que no estamos en presencia de un título ejecutivo complejo, porque no se acreditó siniestro y cuantía y además, existió objeción por parte del asegurador, podrá la señora juez constatar que los valores consignados en cada factura, fueron debidamente objetados por el asegurador, es decir, que nos encontramos frente una obligación discutida y no frente a una obligación clara,
expresa y exigible.

De manera intencional la parte demandante omitió contarle al Despacho que además de haber generado las facturas cuyo cobro pretende, la entidad que representa, cumpliendo con el trámite establecido en los decretos citados, presentó las reclamaciones para afectar el SOAT que debe tener la demostración del siniestro y la cuantía en las voces del artículo 1077 del Código de Comercio, que la aseguradora dirigió a la entidad prestadora de salud una carta de objeción en la totalidad de las reclamaciones en la cual le indicaba las razones por las cuales no realizaba el pago de la indemnización solicitada o realizaba el pago de parte de la indemnización y le indicaba porque la otra parte no le era pagada; es decir, que la demandante omitió informar que la factura generada era uno de los requisitos de la reclamación y que la aseguradora había objetado total o parcialmente la reclamación con fundamento en la normatividad que regula el SOAT, e inclusive afirmó en el hecho séptimo de la demanda que no había recibido objeciones, cuando ella es consciente que si las recibió, lo que permite concluir que no nos encontramos ante un título ejecutivo complejo que contenga una obligación clara, expresa y exigible, porque el asegurador en forma oportuna objetó la reclamación exponiendo las razones por las cuales no era posible realizar el pago solicitado.

Una vez validado el respectivo trámite frente a las 263 reclamaciones que se incluyen en el mandamiento de pago, encontramos que frente a 33 reclamaciones el asegurador formuló objeción total entregándole la misma a la demandante, que frente a 227 reclamaciones el asegurador formuló objeción parcial entregándole la misma a la demandante, que frente a 1 reclamación no se había vencido el término de auditoria con el que cuenta el asegurador al momento de recibir la reclamación, y que frente a una reclamación se había realizado un pago.

Pasando por alto que las facturas objeto del presente ejecutivo no contienen una obligación clara, expresa y exigible, es decir que no cumplen los requisitos del artículo 422 del Código General del Proceso, sino que la supuesta obligación alegada por la parte demandante, debe ser acreditada a través de un proceso de conocimiento, ya que la posición de mi representada es que no le asiste obligación alguna frente a las reclamaciones formuladas, lo que motivó la formulación de las objeciones, en la medida en que la parte actora no acreditó el siniestro y la cuantía en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio.

30. Las 227 objeciones parciales tienen diferentes causas así: 39 por sobreprecio en MAOS, 77 por facturación, 157 por tarifas, 49 por soportes, 29 por cobertura, 189 por pertinencia y 9 por habilitación.

31. Las 33 objeciones totales tienen diferentes causas, así: 18 por solicitud de documentos y/o aclaración de hechos, 6 por no accidentes y 9 por póliza prestada.

32. Como resultaría muy extenso explicarle al Despacho la objeción realizada en las 263 reclamaciones que componen el mandamiento de pago, en los próximos numerales presentaremos algunos ejemplos en los que se puede evidenciar que el asegurador formuló una objeción a tiempo y la entregó a la demandante, lo que impide que se configure el título complejo establecido en el artículo 1053 del Código de Comercio, lo referido en los ejemplos se presenta en todas las demás reclamaciones, y para demostrar que hay objeción debidamente entregada a la demandante, se aportan como prueba documental dichas objeciones y comprobantes de entrega.

33. Reclamación No. CCSV15847 devuelta por solicitud de aclaración de hechos, la cual se encuentra en el numeral 239 del mandamiento de pago.

Esta reclamación, cuyo valor pretendido asciende a la suma de $24.227.986, fue devuelta por el asegurador dentro del término oportuno mediante la objeción No. DEV-202110056238, al no encontrar claridad sobre la fecha en la que ocurrió el accidente de tránsito, puesto que en algunos

documentos quedó consignado que el accidente ocurrió el 16 de agosto de 2021, y en otros documentos quedó consignado que el accidente de tránsito ocurrió el día 15 de agosto de 2021, tal y como se puede apreciar a continuación:
Al no haber claridad sobre la fecha real en la que ocurrió el accidente de tránsito en el cual resultó lesionado el señor JULIO CÉSAR DOMÍNGUEZ ROJANO, dato que resulta fundamental para atender la reclamación formulada por la IPS, la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. encontrándose dentro del término
oportuno, formuló la objeción No. DEV-202110056238, la cual se aporta con el presente recurso.
En ese orden de ideas, si existen inconsistencias en la información o documentación aportada por el reclamante, y este NO realiza las aclaraciones correspondientes o aporta la documentación faltante, resulta claro que para el caso en concreto no se encontraría probado tanto siniestro como cuantía como lo ordena el artículo 1077 del Código de Comercio, el solo hecho de radicar la reclamación no hace surgir obligación alguna a cargo de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. Como la teoría del demandante consiste en que nos encontramos ante un título valor complejo, se reitera que para que este sea considerado así, debe estar compuesto por varios documentos, y que al valorarse en conjunto se desprenda una obligación clara, expresa y exigible, sin embargo, ¿Cómo puede el Despacho declarar que de dicha reclamación se desprende una obligación clara, expresa y exigible, si al analizar la documentación que integra la reclamación, existen inconsistencias y falta de claridad? Si no existe una obligación clara, no puede hacerse exigible a favor del ejecutante, ni mucho menos librarse mandamiento de pago. Finalmente, deberá tener en cuenta el Despacho que la reclamación atrás referenciada fue radicada ante mi representada el día 18 de septiembre de 2021, y la objeción formulada por mi representada fue recibida por la IPS el día 6 de octubre de 2020, tal como se puede observar a continuación: En ese orden de ideas, resulta claro que dicha objeción fue formulada dentro del término oportuno otorgado por el artículo 38 del Decreto 056 de 2015 y el artículo

CONSIDERACIONES

Sea lo primero señalar que tratándose de factura de SOAT derivadas de pólizas de seguro obligatorio por accidente de tránsito, la Corte ha señalado que “la normatividad llamada a regular el asunto era la relativa al cobro de las indemnizaciones contenida en los Decretos 663 de 1993, 3990 de 2007 y los artículos 1053 y 1077 del Código de Comercio” y que tratándose del cobro de “facturas” atinentes a gastos médicos, la “documentación” necesaria para constituir el “título ejecutivo complejo” eran los “Formularios de reclamación, según el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, certificado médico de atención, formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, la factura y fotocopia de la póliza”.

Teniendo en cuenta los argumentos de la parte demandada en el presente caso y por tratarse de facturas derivadas de la prestación de servicios de salud a pacientes con cargo al SOAT, se debe resaltar que con la radicación de la factura electrónica de venta en salud por parte de la aseguradora, teniendo en cuenta que por la naturaleza del SOAT y de la regulación legal que lo rige, el artículo 1053 del código de comercio indicaría el termino el cual desde el momento en que vence el término de un mes para que la aseguradora atienda la reclamación.
Por lo tanto, la entidad responsable del pago cuenta entonces con un mes a partir de la presentación de la factura para hacer devolución de las facturas, o para enterar a la prestadora del servicio presentar sus objeciones o presentar las glosas a las que haya lugar, transcurridos los cuales sin que se presenten objeciones la misma se entiende irrevocablemente aceptada y debe ser pagada.
Como se evidencia en el presente caso, dichas facturas fueron radicadas ante la aseguradora, habiendo sido objetadas en el término del mes contados a partir de su radicación, hecho que la parte demandante guardo silencio en la demanda y por el contrario afirmo que no se habían realizado tales objeciones.
Que la existencia de estas objeciones hace que se tenga que dichas facturas no cumplan con el requisito de la aceptación y por lo tanto carecen de mérito ejecutivo, en atención a que de acuerdo al artículo 1053 del código de comercio numeral tercero requiere que la reclamación no haya sido objetada
Asi las cosas, atendiendo el precedente fijado por la Corte acerca de la constitución del "título" cuando se anhela la cancelación de "facturas relacionadas con la prestación de servicios de salud derivados de la ocurrencia de accidentes de tránsito, para que las facturas se entiendan como verdaderos títulos ejecutivos y se pueda exigir a su tenor literario e independiente se requiere que las mismas hubiesen sido aceptadas, y además, por ostentar la condición de "complejo", aquellas deben ser radicadas junto con los soportes definidos en las normas especiales que regulan el trámite para su pago, esto es, los Decretos 663 de 1993 y 3990 de 2007, en armonía con los artículos 1053 y 1077 del Código de Comercio como tambien considerarse lo establecido en el numeral 4 del

artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en el aparte donde se refiere a que el seguro obligatorio de accidentes de tránsito –SOAT- se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por ese Estatuto. Igualmente, según el numeral 8 del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, en lo no regulado en ese decreto respecto al SOAT, debe aplicarse las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes, que a su tenor señala: "Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT (…) 8. Régimen legal. En lo no regulado en el presente Capítulo para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes. (…)"
También se debe destacar que en lo que toca con las facturas electrónicas si bien la Resolución 510 de 2022 el Ministerio de Salud adopta los campos adicionales en formato XML para la generación de la factura electrónica de venta del sector salud, ésta estará a su vez articulada con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS- como soporte de la factura. El formato hace parte del anexo de esta resolución, y deberá ser adoptado obligatoriamente por los facturadores electrónicos del sector salud **a partir del 1 de enero de 2023,** lo que quiere decir, que no es obligatorio en el caso de las presentes facturas.

Por todo lo anterior se ha de acceder a la revocación solicitada ya que de lo antes mencionados las presentes facturas no prestan mérito ejecutivo.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Oralidad de Barranquilla,

RESUELVE

1.-Se revoca el auto de fecha 24 de agosto de 2022.
2.-Se ordena el levantamiento de las medidas cautelares decretadas en este asunto, pero los oficios se entregarán por secretaria una vez se encuentre en firme el presente auto y se constate que no existe solicitud de medida cautelar sobre los mismos por otra institución.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

LA JUEZ

CANDELARIA OBYRNE GUERRERO.

Por anotación en estado N° 79
Notifico el auto anterior
Barranquilla, 5 JUNIO 2023

ALFREDO PEÑA NARVAEZ

Secretario