



Radicado: **08001310530092018-00220-00**  
Proceso: **EJECUTIVO**  
Demandante: **CLINICA LA VICTORIA S.A.S., Nit. 900.431.550-3**  
Demandado: **SEGUROS DEL ESTADO S.A. Nit. 860.009.578-6**

**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL, Barranquilla, veinticuatro (24) de agosto de dos mil veinte (2.020).**

Previo a resolver, resulta necesario indicar que en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 385 del 12 de marzo y 844 del 26 de mayo de 2020 por causa del coronavirus COVID-19. Que el Consejo Superior de la Judicatura, mediante los acuerdos PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11528, PCSJA2011529, PCSJA20-11532, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11528, PCSJA2011529, PCSJA20-11532, PCSJA20-11546, PCSJA20-11549, PCSJA20-11556 y PCSJA20-11567 suspendió los términos judiciales, estableció algunas excepciones y adoptó otras medidas por motivos de salubridad pública y fuerza mayor con ocasión de la pandemia de la COVID-19. Que mediante el Decreto 564 del 15 de abril de 2020 se determinó que los términos de prescripción y de caducidad previstos, en cualquier norma sustancial o procesal para derechos, acciones, medios de control o presentar demandas ante la Rama Judicial, sean de días, meses o años, se encuentran suspendidos desde el 16 marzo 2020 hasta el día que el Consejo Superior de la Judicatura disponga la reanudación de los términos judiciales, esto es hasta 30 de junio de 2020.

Téngase en cuenta que se dará aplicación en lo pertinente al Decreto 806 del 04 de junio de 2020, mediante el cual se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia.

**ASUNTO**

Procede el Despacho a señalar que previamente examinado el proceso no se encuentra irregularidad o vicio alguno que nos impida continuar con el proceso y proferir la presente sentencia anticipada.

**SENTENCIA ANTICIPADA**

Estudiada la demanda y teniendo en cuenta la naturaleza de la actuación y la clase de pruebas requeridas para la resolución del asunto, surge para el Juez el deber de un pronunciamiento de sentencia anticipada dada su etapa de formación, pues se torna obligatoria por cuanto se ha configurado con claridad causal para su procedencia.

Por supuesto que la esencia del carácter anticipado de una resolución definitiva supone la pretermisión de fases procesales previas que de ordinario deberían cumplirse; no obstante, dicha situación está justificada en la realización de los principios de celeridad y economía que informan el fallo por adelantado en las excepcionales hipótesis que el legislador habilita para la definición de la *litis*.

En efecto, de conformidad con el artículo 278<sup>1</sup> del Código General del Proceso, el Juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial “Cuando no hubiere pruebas por practicar”, siendo este el supuesto que se encuentra colmado en el caso que hoy ocupa al Despacho, lo que hace imperativo el deber de resolver de fondo y abstenerse de adelantar proceder diverso.

<sup>1</sup> Artículo 278. Clases de providencias. Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.

Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión.

Son autos todas las demás providencias.

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

1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.

2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.

3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa.

Al presentar las excepciones, la demandada a fin de probar pagos y consignaciones solicitó la declaración del señor NORA AMARIS SALINAS, en calidad de auditora médica de SIS VIDA S.A.S. solicitud que el despacho considera inconducente, por cuanto los entes jurídicos están en la obligación de llevar registros contables y los pagos deben reposar en dichos registros, en tanto que no es idóneo demostrar pagos con testimonios.

Como quiera entonces, que, en el presente proceso, el Juzgado advierte que no se requiere abrir un debate probatorio distinto o adicional a las pruebas ya recaudadas y aportadas por las partes, surge la obligación de proferir sentencia definitiva sin otros trámites, los cuales se tornan innecesarios al existir claridad fáctica sobre los supuestos aplicables al caso.

### SINTESIS PROCESAL:

La sociedad demandante **CLINICA LA VICTORIA S.A.S.** identificada con Nit.900.431.550-3, a través de apoderado judicial en fecha 06 de septiembre de 2018, presentó demanda ejecutiva de mayor cuantía en contra de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** identificado con Nit. 860.009.578-6.

En auto adiado 31 de octubre de 2018, se libró mandamiento de pago por la suma total de \$154.000.000.00, correspondientes a \$115.950.005 por concepto de capital más la suma de \$38.826.582,06 por los intereses de plazo causados hasta el 31 de julio de 2018.

La demandada fue notificada personalmente el 9 de noviembre de 2018, habiéndose recurrido el mandamiento de pago, el cual fue resuelto mediante auto de fecha 27 de marzo de 2019, y el día 12 de abril de 2019 la demandada contestó demanda y al descorrer el traslado formuló las siguientes excepciones de mérito:

“Falta de demostración del cumplimiento de los requisitos requeridos para el pago de los servicios”,

“Inexistencia de los títulos o documentos que determinen la obligación de pago por parte de seguros del estado s.a.”

“Prescripción”,

“Pago parcial y total”

“Glosas y objeción al cobro de parte der los servicios materia de este proceso”.

Se observa que mediante auto calendaro 1° de agosto del 2019 se corrió el traslado a la parte actora de las excepciones de mérito planteadas por la parte demandada, las cuales fueron descorridas por la parte ejecutante.

### CONSIDERACIONES

#### De los presupuestos procesales

Se trata pues, de un proceso ejecutivo, cuya competencia es de los Juzgados Civiles del Circuito por el valor de las pretensiones y el domicilio del demandado. Por lo tanto, es claro que el Juzgado tiene *jurisdicción y competencia* para conocer de las súplicas de la demanda.

Por otro lado, en cuanto a los extremos de la relación jurídica procesal, tenemos que la parte ejecutante es una persona jurídica CLINICA LA VICTORIA S.A.S., así como también es la parte ejecutada SEGUROS DEL ESTADO S.A., existiendo por lo tanto, legitimación activa y pasiva en los sujetos procesales.

Así mismo la demanda se presentó en debida forma, razón por la cual el despacho libró mandamiento de pago, ya que de las facturas aportadas con la demanda como títulos de recaudo ejecutivo se desprendían unas obligaciones claras, expresas y actualmente exigibles a cargo del demandado y a favor de la sociedad demandante.

## MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

Se tiene como fundamento de la presente decisión las siguientes disposiciones: 278, 422, 430 del C. G. P., los artículos 2536 del C.C., art. 1081 del C. Co., art. 195 Decreto 663 de 1993, art. 57 de la ley 1438 de 2011, art. 21, 23 y 24 del Decreto 4747 de 2007, art. 13 ley 1222 del 2007, la doctrina y la jurisprudencia, y demás normas que regulan la materia y asuntos a fines.

Tratándose de un proceso ejecutivo en el que se ejecutan obligaciones originadas en la prestación de servicios de salud el Ministerio de Salud emitió concepto<sup>2</sup> sobre presentación de las cuentas de cobro por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS-, ante las entidades responsables del pago; al respecto señaló:

*El Decreto 4747 de 2007, que aplica en la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago, en su artículo 21, consagró:*

*“ARTÍCULO 21. SOPORTES DE LAS FACTURAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social”.*

*Para el efecto, el entonces Ministerio de la Protección Social, expidió la Resolución 3047 de 20084, la cual en el artículo 12, señaló que:*

*“Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución. (Subrayas fuera de texto).*

En cuanto a la aceptación de la factura, considera esta oficina que se debe aplicar lo dispuesto en los artículos **13 de la Ley 1122 de 2007 y 23 del Decreto 4747** de 2007, en cuanto a que la Entidad Responsable del Pago cuenta con 30 días a partir de la presentación de la factura para informar las Glosas o las Devoluciones a las que haya lugar, transcurridos los cuales sin que se presenten objeciones la misma se entiende aceptada y debe ser pagada. Lo anterior, en aplicación del artículo 3 de la Ley 153 de 1887 conforme al cual prevalece la norma especial sobre la general, en este caso la contenida en la Ley 1122 de 2007.<sup>3</sup>

Respecto del reconocimiento de intereses el artículo 24 del Decreto 4747 de 2007 dispone:

*“ARTÍCULO 24. RECONOCIMIENTO DE INTERESES. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-ley 1281 de 2002.*

*En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador”.*

### Elementos Probatorios Aportados por las Partes al Proceso

Las partes dentro de la oportunidad legal, con la presentación de la demanda y así mismo con la proposición de excepciones aportaron como pruebas documentales para sustentar los aspectos fácticos en los que se fundamentan sus pretensiones y medios exceptivos.

### De la parte demandante

- Presentaron 156 facturas vistas a folio 36 al 293 correspondiente a servicios médicos especializados a fin que se librara mandamiento de pago por la suma total de

<sup>2</sup>Asunto: Radicado No. 201442401470712, Presentación de las cuentas de cobro por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS-, ante las entidades responsables del pago.

<sup>3</sup> CONCEPTO 35471 DE 2014 (junio de 2014 S.N.S)

\$154.000.000.00, correspondientes a \$115.950.005 por concepto de capital más la suma de \$38.826.582,06 por los intereses de plazo causados.

Se observa que las facturas fueron presentadas para su cobro ante la entidad demandada, tal como se observa en el cuerpo de ellas, y no fueron glosadas, que con base en ellas se ordenó mandamiento de pago al emanar una obligación clara expresa y exigible a cargo de la demandada, y mediante auto de mandamiento de pago.

### Por la parte demandada

- Al presentar las excepciones, la demandada a fin de probar pagos y consignaciones solicitó la declaración de NORA AMARIS SALINAS, en calidad de auditora médica de SIS VIDA S.A.S., solicitud que el despacho considera inconducente, por cuanto los entes jurídicos están en la obligación de llevar registros contables y los pagos deben reposar en dichos registros, por cuanto los entes jurídicos están en la obligación de llevar registros contables y los pagos deben reposar en dichos registros, en tanto que no es idóneo demostrar pagos con testimonios.

### Caso concreto:

En este caso, la entidad demandante CLINICA LA VICTORIA S.A.S. presentó demanda ejecutiva contra SEGUROS DEL ESTADO S.A., para el pago de 156 facturas relacionadas vistas folio 36 al 293 correspondiente a ventas de servicios de asistencia médica, a fin de se librara mandamiento de pago, y con base en ellas mediante auto adiado 31 de octubre de 2018 se ordenó mandamiento de pago por la suma total de \$154.000.000.00, correspondientes a \$115.950.005 por concepto de capital más la suma de \$38.826.582,06 por los intereses de plazo causados hasta el 31 de julio de 2018

Como consecuencia de lo anterior, la demandada, al descorrer el traslado presentó excepciones de fondo, pronunciándose de la siguiente manera:

- **Falta de demostración del cumplimiento de los requisitos requeridos para el pago de los servicios.** Aduce el excepcionante, lo siguiente:

*“...De acuerdo con lo anterior es claro que para el caso concreto la factura no es un título autónomo con el cual se pueda demostrar el derecho pretendido, ya que simplemente hace parte de los requisitos para presentar la reclamación por gastos médicos y que si no se aportan los demás documentos en el artículo transcrito o estos no son idóneos, la reclamación no cumple con las exigencias legales, conforme con lo anterior es claro que es competencia de la ejecutante demostrar haber presentado la reclamación con los requisitos legales ante la compañía aseguradora, con el fin de demostrar el derecho, ya que resulta evidente que el cobro por vía ejecutiva deriva de reclamaciones originadas por un contrato de seguro y no el ejercicio de la acción cambiaria.*

*En el presente caso al proceso sólo se allegan unos documentos que la actora denomina “facturas”, lo que motiva a mencionar que en este caso no se ha cumplido con la totalidad de los requisitos exigidos por el artículo 26 del Decreto 056 de 2015, con lo que queda en evidencia la falta de sustento de esta pretensión.”*

- **Inexistencia de los títulos o documentos que determinen la obligación de pago por parte de seguros del estado S.A.** Argumenta la demandada que:

*“...Fundo mi posición en que el demandado allegó con la demanda, una serie de facturas para obtener el pago de servicios de salud, supuestamente prestados por la demandante a personas que tienen accidentes de tránsito, donde se encuentran involucrados vehículos que cuentan con supuestamente póliza de seguro obligatorio de accidente de tránsito expedidas por la demandada, sin embargo se observa que dichas facturas, por si solas no lo legitiman para emprender una demanda ejecutiva en contra de la aseguradora, debido a que en este caso, se debió acudir a un proceso declarativo, relacionado con una reclamación derivada de un contrato de seguro, para que el operador judicial pudiese determinar si9 efectivamente se cumplió a raja tabla con lo exigido por el legislador y*

determinar si hay lugar a determinar que estamos en mora del pago, debido a que en el sentir del despacho, contractualmente no hemos cumplido con nuestras cargas; situación que en este caso no se da, habida cuenta que gran parte de los demandados, se encuentra pagado total o parcialmente, otro tanto glosado u objetado y sin dejar de lado los servicios los servicios que se encuentran prescritos...

...se evidencia con claridad que no fueron aportados los documentos exigidos por dichas normas para demostrar la existencia de la obligación, por ejemplo, el formulario único de reclamación para instituciones prestadoras de salud, etc..."

- **Prescripción** argumenta la parte demandada:

"...Conforme con lo anterior y en aplicación al caso concreto es que se debe tener en cuenta que la demandante se cataloga como interesado o beneficiario del contrato de seguro, en tanto y en cuanto desde el momento que presta la atención médica conoce cuál es la compañía aseguradora SOAT, a la cual debe cobrarse los gastos médicos prestados, razón por la cual y en el entendido que la demandante conocía quien era la compañía aseguradora desde el momento que prestó el servicio, es que deberá aplicarse la prescripción ordinaria de dos (2) años, conforme con lo anteriormente expuesto es que se observa que las facturas que versan sobre ser vicios prestados antes de 6 de septiembre de 2016, eso es que las facturas que a continuación relaciono se encuentran prescritas, ya que la fecha de presentación de la demanda y por ende de suspensión el término de caducidad de la acción, fue el 6 de septiembre de 2018, razón por la que no pueden ser cobradas por la entidad a SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Con toda su señoría, si en gracia de discusión se aceptara (...) que a esta demanda se le aplicara el régimen de caducidad y prescripción de la acción cambiaria, el término dispuesto por el legislador se encuentra vencido en un grupo de facturas, con lo que no queda otro camino que, declarar probada esta excepción y por tal despachar de manera negativa las pretensiones de la parte actora, en lo que con cierge a éste punto.

Reclamaciones prescritas de acuerdo al régimen de seguros: Reclamación factura 41282, 45646, 47773, 52196, 69078, 76546, 77103, 85869, 90866.

Reclamaciones prescritas de acuerdo al régimen de la acción cambiaria: reclamación factura 41282, 45646, 47773, 52196, 69078, 76546 y 77103 ..."

- **Pago parcial y total.** Referente a la excepción manifiesta que:

"Verificado con detenimiento los documentos que allegó al plenario la parte actora, queda claro que un grupo de los servicios que son objeto de cobro fueron pagados total o parcialmente por mi mandante, razón por lo que se deberán tener en cuenta las facturas pagadas y la fecha del desembolso.

Reclamación pago total: Reclamación 142503, 145612, 146705, 148725, 153693, 153695, 153781, 153799, 154374, 154559, 154850.

Reclamaciones con pago parcial con glosas: Reclamaciones 90866, 130525, 142085, 142191, 142675, 142791, 143047, 143228, 143347, 143597, 143721, 143967, 143982, 144109, 144488, 144598, 144805, 144880, 144896, 144899, 144984, 145096, 145315, 145550, 146176, 146609, 146680, 146785, 146866, 147034, 148048, 148268, 148591, 148697, 148858, 149098, 149184, 149212, 149242, 149594, 150218, 151166, 152497, 152747, 153286, 153436, 144520 ..."

- **Glosas y objeción al cobro de parte der los servicios materia de este proceso.**

Respecto a la excepción argumenta:

"...que por no cumplir con los requerimientos normativos y científicos fueron glosados y de igual forma los servicios que por circunstancias propias del contrato de seguro fueron objetados, previo el adelantamiento de una investigación, realizada conforme a derecho y que tienen todas las calidades de ser tenida como pruebas de nuestra excepción.

Glosa ratificada: Reclamación número 145406, 146499, 146772, 149108, 149145, 149501, 149575, 150449, 150672, 150931, 151021, 151735, 152604, 154204, 154988 y 85869.

Reclamaciones con pago parcial con glosas: Reclamaciones 90866, 130525, 142085, 142191, 142675, 142791, 143047, 143228, 143347, 143597, 143721, 143967, 143982, 144109, 144488, 144598, 144805, 144880, 144896, 144899, 144984, 145096, 145315, 145550, 146176, 146609, 146680, 146785, 146866, 147034, 148048, 148268, 148591, 148697, 148858, 149098, 149184, 149212, 149242, 149594, 150218, 151166, 152497, 152747, 153286, 153436, 144520.

Reclamaciones con solicitud de documentos: Reclamación 76546.

Reclamaciones objetadas: Reclamación 28518089 y 30462747.

Reclamaciones no registradas en la base de datos de la aseguradora: Reclamaciones con pago con glosas ratificadas 77103, 136641, 113828, 114171, 114790, 114983, 128712, 128278, 131275, 140298, 142067, 142068, 142530, 142686, 143089, 143383, 143467, 143503, 144095, 144142, 144482, 144569, 144865, 144916, 145106, 145137, 145332, 145485, 145529, 145577, 145680, 145812, 145992, 146014, 146402, 146549, 146602, 146854, 147175, 147350, 147430, 147476, 147545, 147557, 147740, 147745, 148216, 148316, 148366, 148406, 148436, 148479, 148498, 148603, 148667, 148753, 148917, 148947, 148136, 149163, 149283, 149372, 149613, 150492, 151613, 152372, 152484, 153047, 153176, 153665, 153701, 153804, 153900, 154161 y 154201 ...”

Teniendo en cuenta que las excepciones de **Falta de demostración del cumplimiento de los requisitos requeridos para el pago de los servicios, Inexistencia de los títulos o documentos que determinen la obligación de pago por parte de seguros del estado S.A. pago parcial y total y glosas y objeción al cobro de parte de los servicios materia de este proceso**, propuestas se fundan en el cumplimiento de requisitos y argumentos que guardan relación, pasamos a estudiarlas de manera conjunta a excepción de la de **prescripción**, que resolveremos separadamente.

En el expediente se observa que dichas facturas fueron radicadas ante la entidad demandada, de las cuales se advierte, según las probanzas allegadas al plenario, que si bien la parte demandada aporta las cartas donde indican objeciones a las facturas, comunicados estos que si bien están suscritas por la aseguradora dirigidas a la CLINICA LA VICTORIA S.A.S., estas no tienen constancia de recibido alguno a excepción de la factura 52196, puesto que al aportarse las guías de envío de correo no existe plena claridad para el despacho para determinar si evidentemente dichas guías corresponden toda vez que no existe un cotejo con el sello del correo donde se plasme que dichas guías corresponden a los comunicados de objeciones, ni de las presuntas liquidaciones y las llamadas notificaciones de pagos sin guías de correo cotejados, las cuales no se encuentran recibidas debidamente, es decir con nota clara de recibido, ni mucho menos se acompañan comprobantes de pagos o bancarios que den claras muestras de haberse realizado pagos alguno por dichas facturas objeto de recaudo ejecutivo acreditadas en este proceso, pues de las copias de comprobantes de egreso con la nota de transferencia no proporcionan claridad al despacho que dichos pagos efectivamente van con destino a sufragar las facturas que se pretenden cobrar en este trámite de ejecución. Por ello se desestiman tales probanzas.

A excepción de la factura 52196 por valor de \$474.000.00, cuya objeción se acredita conforme el recibo de la objeción efectuada en fecha 15 de diciembre de 2017 (ver folio 10 del cuaderno de pruebas de la demandada).

Así las cosas, con la salvedad efectuada de la factura 52196, se tienen como no objetadas el resto de dichas facturas aportadas como elemento de recaudo ejecutivo, ni devueltas de conformidad con el anexo número seis (6) del manual único de glosas, devoluciones y respuestas-Unificación, de conformidad con la resolución 3047 de 2008, modificada por la resolución 416 de 2009, la cual expresa el concepto de devolución:

*“Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos*

*legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.”*

Ahora bien, por otro lado atendiendo los lineamientos legales, el Ministerio de Salud emitió concepto <sup>4</sup> sobre presentación de las cuentas de cobro por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS-, ante las entidades responsables del pago; al respecto señaló:

El Decreto 4747 de 2007, que aplica en la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago, en su artículo 21, consagró:

*“ARTÍCULO 21. SOPORTES DE LAS FACTURAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social”.*

Para el efecto, el entonces Ministerio de la Protección Social, expidió la Resolución 3047 de 20084, la cual en el artículo 12, señaló que:

*“Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución. (Subrayas fuera de texto)*

En cuanto a la aceptación de la factura, considera esta oficina que se debe aplicar lo dispuesto en los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007 y 23 del Decreto 4747 de 2007, en cuanto a que la Entidad Responsable del Pago cuenta con 30 días a partir de la presentación de la factura para informar las Glosas o las Devoluciones a las que haya lugar, transcurridos los cuales sin que se presenten objeciones la misma se entiende aceptada y debe ser pagada. Lo anterior, en aplicación del artículo 3 de la Ley 153 de 1887 conforme al cual prevalece la norma especial sobre la general, en este caso la contenida en la Ley 1122 de 2007.<sup>5</sup>

Respecto del trámite de Glosas el artículo 23 del Decreto 4747 de 2007 dispone:

*“ARTÍCULO 23. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

*El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley”.*

Por otro lado, el artículo 24 de la misma norma establece:

<sup>4</sup> Radicado No. 201442401470712. Presentación de las cuentas de cobro por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS-, ante las entidades responsables del pago

<sup>5</sup> Concepto 35471 DE 2014 (junio de 2014 S.N.S)

*“ARTÍCULO 24. RECONOCIMIENTO DE INTERESES. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-ley 1281 de 2002.*

*En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador”.*

Por otro lado, cabe precisar que de conformidad con el inciso segundo del artículo 430 Ibídem, los requisitos formales del título ejecutivo sólo podrán discutirse mediante recurso de reposición contra el mandamiento ejecutivo, es evidente que el ejecutado cuestiona las formalidades del título a través de los planteamientos esbozados en las excepciones de fondo.

Es claro que de conformidad con el artículo 195 de del decreto 663 de 1993, los establecimientos hospitalarios y clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficiales y privados del sector salud se les obliga a prestar la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por los daños corporales causados a las personas en los accidentes de tránsito, cuyas reclamaciones deben ir acompañarse las pruebas del accidente y de los daños corporales y se debe indicar la cuantía. Aspectos que legitima a dichos establecimientos para que prestan dichos servicios para la reclamación a las entidades aseguradoras sin que haya mediado contrato jurídico preexistente entre centros clínicos y la entidad aseguradora, sino que tales aspectos son generadores de una obligación por la prestación del servicio por parte de la clínica y por la existencia de un seguro que ampara los accidentes de tránsito acaecidos.

Se observa por otro lado, que en efecto las facturas y reclamaciones de pago se hicieron por parte de la ejecutante a la ejecutada quien no aportó prueba alguna de haber realizado objeción alguna dentro del término prescrito por la ley dentro de los 20 días que señala el artículo 57 de la ley 1438 de 2011 el cual señala en su tenor:

*“Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

*El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.*

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

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

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

Por ello a las facturas acreditadas al plenario no son mutadas en títulos complejos, pues su naturaleza es autónoma, y de ellas emanan una obligación clara, expresa y exigibles como títulos suficientes para librar mandamiento de pago, máxime cuando la ejecutada no

demonstró haber objeto en el término de ley las facturas acreditadas como elementos de recaudo ejecutivo, por ello el mandamiento de pago estuvo por bien librado.

Por otro lado no se prueba que se haya realizado abono, pago o transferencia alguna a la cuenta de la entidad accionante por parte de la aseguradora, lo anterior teniendo en cuenta que por ello a la luz del proceso se aportaron copias simples de comunicados, planillas y comprobantes de egresos sin recibido, ni comprobantes bancarios donde indiquen claramente que dichos pagos o abonos han sido realizado de forma incuestionable con destino a saldar las facturas objeto de recaudo ejecutivo, por lo que no se prueba por la diligencia que se haya sufragado pago alguno.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 195 de del decreto 663 de 1993, los establecimientos hospitalarios y clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficiales y privados del sector salud se les obliga a prestar la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por los daños corporales causados a las personas en los accidentes de tránsito, cuyas reclamaciones deben ir acompañarse las pruebas del accidente y de los daños corporales y se debe indicar la cuantía. Aspectos que legitima a dichos establecimientos para que presten dichos servicios para la reclamación a las entidades aseguradoras sin que haya mediado contrato jurídico preexistente entre centros clínicos y la entidad aseguradora, sino que tales aspectos son generadores de una obligación por la prestación del servicio por parte de la clínica y por la existencia de un seguro que ampara los accidentes de tránsito acaecidos.

Se observa por otro lado, que en efecto las facturas y reclamaciones de pago se hicieron por parte de la ejecutante a la ejecutada quien no hizo objeción alguna dentro del término prescrito por la ley dentro de los 20 días que señala el artículo 57 de la ley 1438 de 2011 el cual señala en su tenor:

*“Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

*El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días*

*hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.*

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

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

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

Por ello a las facturas acreditadas al plenario no son mutadas en títulos complejos, pues su naturaleza es autónoma, y de ellas emanan una obligación clara, expresa y exigibles como títulos suficientes para librar mandamiento de pago, máxime cuando la ejecutada no demostró haber objeto en el término de ley las facturas acreditadas como elementos de recaudo ejecutivo

En lo que incumbe a la factura 52196, efectivamente fue objetada en debida forma tal como consta en el recibido del comunicado en fecha 15 de diciembre de 2014 y por ello referente a ellas el despacho se abstendrá de ordenar seguir adelante la ejecución.

De conformidad a lo anterior, los argumentos de las excepciones de mérito de *Falta de demostración del cumplimiento de los requisitos requeridos para el pago de los servicios, Inexistencia de los títulos o documentos que determinen la obligación de pago por parte de seguros del estado S.A., "pago parcial y total" y "glosas y objeción al cobro de parte der los servicios materia de este proceso"*, que nos ocupa no están llamados a prosperar, por lo tanto, se declararán no probadas.

En cuanto a la excepción de **prescripción**, sea lo primero precisar que las facturas sobre las cuales se libró el mandamiento de pago fueron radicadas a partir del 19 de diciembre de 2016, la demanda fue presentada el 6 de diciembre de 2018, habiéndose dado interrupción civil además para el cobro jurídico de dichas facturas, Además el auto de mandamiento de pago en este despacho fue librado el 31 de octubre del 2018, y habiéndose notificado la parte ejecutada el 9 de noviembre de 2018, es decir dentro del año siguiente al mandamiento de pago.

Es palmario, que a la luz de la norma sustantiva la prescripción sobre la factura de venta opera es la civil más no la mercantil, pues sobre tal tópico señala el artículo 2536 del C.C. la acción ejecutiva prescribe por cinco (5) años, por ello ésta excepción no es dada a prosperar. Es claro además, que las facturas son títulos ejecutivos autónomos, y por ende no obedecen a las reglas genéricas del contrato de seguro que señala el artículo 1081 del Código de Comercio, puesto que las reglas propias del juicio indican que al radicarse dichas facturas ante la aseguradora sólo deben ser objetados sus pagos en debida forma en caso que al ser presentadas no se esté de acuerdo con las mismas, entre ellos está el objetarlas, pues es claro que al excepcionar objeciones del facturado, la parte accionada no logró demostrar que dichas cartas devolutivas correspondan a las facturas de marras y que estas hayan sido recibidas por la parte demandante, como ya se dijo, por la falta de constancia del cotejo entre las cartas devolutivas y las guías de correo.

En éste orden de ideas, se ordenará seguir adelante la ejecución de conformidad a lo ordenado en el auto de mandamiento de pago, no sin antes advertir que al revisar nuevamente respecto de la factura 52196 por valor de \$474.000.00 fue objetada en debida forma, por lo que frente a ellas se abstendrá el despacho de seguir adelante la ejecución.

De esta manera se resuelven las pretensiones de la demanda incoada, la excepción de mérito presentadas por la parte demanda para dilucidar el presente asunto.

Así las cosas se condenará en costas causadas a la parte demandada a favor de la parte demandante, además se incluirá en la liquidación de costas como agencias en derecho la suma de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS VEINTIUN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON SESENTA Y DOS CENTAVOS (\$4.621.992,62) equivalente al 3% del valor de las pretensiones que se ordenaron seguir adelante la ejecución, de conformidad a lo señalado en el artículo segundo numeral 4º literal c, del Acuerdo PSAA16-10554 de agosto 5 de 2016 mediante el cual se establecen las agencias en derecho y así se dirá en la parte resolutive del presente pronunciamiento.

## CONCLUSION

Del estudio anterior, se concluye que no están llamadas a prosperar las excepciones propuestas por la parte demandada, y en consecuencia se declararan no probadas, ordenándose seguir adelante la ejecución en contra de la entidad aseguradora SEGUROS DEL ESTADO S.A, identificada con el NIT 860.009.578-6, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, representada legalmente para efectos judiciales por HECTOR ARENAS CEBALLOS, o por quien haga sus veces, no sin antes advertir que se ordenará seguir la ejecución sobre el valor del capital adeudado proveniente de la suma total de las facturas reconocidas, más los intereses moratorios a la tasa máxima establecida en la ley fijada por la Superintendencia financiera de Colombia, que causen cada factura referida objeto de recaudo ejecutivo, con las exclusión de los montos de la factura referidas como 52196 por valor de \$474.000.00 por concepto de capital más los intereses moratorios por valor de \$236.166.97 ordenados conforme la liquidación presentada por el ejecutante, toda vez que esta fue objetada en debida forma, por lo que frente a ellas se abstendrá el despacho de seguir adelante la ejecución en consecuencia también.

Cabe señalar, en ejercicio del control de legalidad y teniendo en cuenta que el mandamiento de pago se ordenó por la suma total de \$154.000.000.00, sin especificar que \$115.950.005 corresponden a capital y la suma de \$38.826.582,06 corresponden a los intereses causados hasta el 31 de julio de 2018, que, en todo caso, los intereses allí ordenados corresponderán a lo que resulte de la liquidación del crédito en el momento procesal oportuno, sobre cada una de las facturas a partir del momento en que se hicieron exigibles, excluyendo, se reitera, el valor de \$474.000.00 por concepto de capital correspondiente a la factura N°52196.

## DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

## RESUELVE

Primero: Declarar no probadas las excepciones de mérito de “falta de demostración del cumplimiento de los requisitos requeridos para el pago de los servicios”, “inexistencia de los títulos o documentos que determinen la obligación de pago por parte de seguros del estado S.A.”, “prescripción”, “pago parcial y total” y “glosas y objeción al cobro de parte de los servicios materia de este proceso”, propuestas por la demandada SEGUROS DEL ESTADO S.A., conforme lo expuesto.

Segundo: Abstenerse de seguir la ejecución por valor \$474.000.00 de representado en la factura N°52196, conforme lo expuesto.

Tercero: Seguir adelante la ejecución en contra de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, identificada con Nit. **860.009.578-6**, y a favor de la sociedad **CLINICA LA VICTORIA S.A.S.** identificada con el Nit. **900.431.550-3**, por la suma de CIENTO QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CINCO PESOS (**\$115.476.005,00**) por concepto de capital de las facturas objeto de ejecución, más los intereses moratorios liquidados desde el día siguiente a la fecha de vencimiento de cada una de las facturas, a la tasa máxima fijada por la Superintendencia Financiera de Colombia hasta el pago total de la obligación.

Cuarto: Practicar la liquidación del crédito en la forma señalada en el artículo 446 del Código General del Proceso.

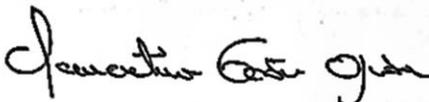
Quinto: Condenar en costas a la parte demandada.

Sexto: Fijar las agencias en derecho en la suma de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS VEINTIUN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON SESENTA Y DOS CENTAVOS (\$4.621.992,62) equivalente al 3% del valor de las pretensiones por las que se ordenó seguir adelante la ejecución, de conformidad a lo señalado en el artículo segundo numeral 4º literal c, del Acuerdo PSAA16-10554 de agosto 5 de 2016 mediante el cual se establecen las agencias en derecho.

Séptimo: En firme esta decisión, remítase el proceso ante los jueces de ejecución Civil del Circuito, previo cumplimiento a los requisitos establecidos por el Acuerdo PCSJA17-10678.

## NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

La Juez



CLEMENTINA PATRICIA GODIN OJEDA