

Juzgado 20 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Barranquilla (transitorio) antes 29 Civil Municipal
Artículo 108 del Código General del Proceso

TRASLADOS POR FIJACIÓN EN LISTA

Fijados en el micrositio web del juzgado hoy 03/11/2020 siendo las 8:00 a.m.

Los términos corren a partir de las 8:00 a.m. del día siguiente a esta fijación.

Radicado	Proceso	Demandante	Demandado	Asunto	Fecha inicio	Fecha fin
0800141890202020 000023400	Ejecutivo Singular	Clínica La Victoria SA	Axa Colpatria Seguros	Recursos de reposición	04/11/20	06/11/20

Marcelo Andrés Leyes Mora
Secretario.

RV: RECURSO DE REPOSICION - DTE: CLINICA LA VICTORIA S.A. - DDO: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. - RAD: 2020-0034

Olfa Perez (OMP Abogados) <operez@ompabogados.com>

Jue 29/10/2020 16:29

Para: Juzgado 20 Promiscuo Pequeñas Causas - Atlantico - Barranquilla <j20prpcbquilla@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: legalcohesionsas@hotmail.com <legalcohesionsas@hotmail.com>; notificacioneslegales@clinicalavictoria.co <notificacioneslegales@clinicalavictoria.co>; Augusto Niebles (OMP Abogados) <aniebles@ompabogados.com>

 1 archivos adjuntos (6 MB)

RECURSO DE REPOSICION Y ANEXOS.pdf;

Señores

JUZGADO VEINTE DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES

BARRANQUILLA - ATLANTICO

E. S. D.

REF: EJECUTIVO

DEMANDANTE: CLINICA LA VICTORIA S.A.

DEMANDADO: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

RAD: 2020-00234

Por medio del presente correo, me permito enviar adjunto los siguientes documentos, relacionados con el proceso de la referencia en formato PDF:

1. Recurso de reposición contra el auto que libra mandamiento de pago y anexos PDF (86 folios).

Ratificamos que la doctora OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, podrá ser notificada en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. B4, segundo piso, de la ciudad de Barranquilla, al correo electrónico operez@ompabogados.com y al número de celular 313 511 92 67.

Cordialmente,

--

Olfa María Pérez Orellanos

OMP | Abogados

Dirección: Carrera 58 No. 70 – 110 Oficina B 4 Piso 2

Teléfono: (+57 5) 3606945 Celular: (+57) 310 6322829

operez@ompabogados.com

Barranquilla, Colombia

Señores

**JUZGADO VEINTE DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES -
TRANSITORIAMENTE**

BARRANQUILLA – ATLANTICO

E. S. D.

REF: PROCESO EJECUTIVO

DEMANDANTE: CLINICA LA VICTORIA S.A.

DEMANDADO: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

RAD: 2020-00234

OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, mujer, mayor de edad, vecina de la ciudad de Barranquilla, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 de El Banco - Magdalena, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada judicial de **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, según el certificado de existencia y representación legal expedido por la cámara de comercio de Barranquilla aportado al proceso, respetuosamente manifiesto a su despacho que procedo dentro del término legal a presentar **RECURSO DE REPOSICIÓN** contra el auto que libro mandamiento de Pago de fecha 21 de agosto de 2020, a fin que sea revocado en su totalidad.

CONSIDERACIONES PREVIAS

De manera preliminar, quiero dejar en claro al despacho que la compañía AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la CLINICA LA VICTORIA S.A., ni con ninguna otra institución de salud del país.

Lo anterior, en razón a que las facturas que aporta como título ejecutivo la entidad demandante, hacen parte de reclamaciones por atención de pacientes en lo relacionado con el Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito (SOAT).

Debe tener en cuenta el despacho, que las facturas que aporta el demandante hacen parte de reclamaciones realizadas por la hoy demandante por la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, que procuran la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT, expedidas por mi representada. Sin embargo, su reclamación y cobro debe sujetarse inexorablemente a las disposiciones legales que lo regulan, Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Código de Comercio y demás decretos reglamentarios.

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

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

Sobre el particular, el ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO (Decreto Ley 663 de 1993), en el numeral 4 del artículo 192, definió el régimen legal aplicable al SOAT, así:

“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.”

En la misma línea, el numeral 8 del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, ratifica lo dispuesto en el EOSF, definiendo el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras con cargo al SOAT, cuando afirma que:

“(...) Decreto 780 de 2016. Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

(...) 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. (...)”

Teniendo en cuenta los argumentos anteriormente expuestos, es claro que la normativa sobre la cual debe resolverse la controversia de fondo, son las normas que regulan específicamente el SOAT, y en forma supletiva, las normas que regulan el contrato de seguro, tal y como se desprende de la lectura previa.

No puede caer el despacho en el error, como la parte demandante pretende hacer valer unas facturas de venta causadas por la prestación de servicios en salud, se debe analizar el mérito ejecutivo del proceso, sobre títulos valores de acuerdo a lo establecido en el artículo 772 del Código de Comercio. Pues de acuerdo a la normatividad vigente para el cobro de facturas por prestación de servicios médicos por atención a víctimas de accidentes de tránsito por parte de las IPS con fundamento en el SOAT expedido por las aseguradoras, se debe presentar una reclamación que además de la factura, exige allegar los anexos, comprobantes y documentos necesarios para formalizar dicha reclamación tal como lo establece el artículo 1077 del Código de Comercio, y el trámite de dicha reclamación se rige por las normas del contrato de seguro establecidas en el mismo código.

NO PUEDE APLICARSE para resolver la presente controversia las normas de carácter general que se aplican a las ventas y servicios (acción cambiaria), así como tampoco las normas especiales que regulan el pago de las EPS a las IPS de facturas por concepto de atención de emergencias dentro del marco general del sistema de seguridad social en salud, es decir, que dentro del presente proceso se deben aplicar las normas especiales que regulan la actividad aseguradora dentro del marco específico del régimen de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

Por esa razón, no es posible darle al caso una interpretación facultativa, pues por disposición normativa solo puede ser aplicable un solo régimen legal, tal y como lo afirmó la corte constitucional en sentencia C-451 DE 2015, cuando analizó al criterio hermenéutico de especialidad, así:

*“6.2. Recientemente, en la Sentencia C-451 de 2015, esta Corporación hizo expresa referencia al aludido tema. En dicho fallo, basada en las previsiones que sobre la materia establecen las Leyes 57 y 153 de 1887 y lo dicho en la jurisprudencia, la Corte puso de presente que existen al menos tres criterios hermenéuticos para solucionar los conflictos entre leyes: (i) el criterio jerárquico, según el cual la norma superior prima o prevalece sobre la inferior (*lex superior derogat 2nferior*); (ii) el criterio cronológico, que reconoce la prevalencia de la norma posterior sobre la anterior, esto es, que en caso de incompatibilidad entre dos normas de igual jerarquía expedidas en momentos distintos debe preferirse la posterior en el tiempo (*lex posterior derogat priori*); y (iii) el criterio de especialidad, según el cual la*

norma especial prima sobre la general (*lex specialis derogat generali*). Con respecto a este último criterio, se sostiene que, en tales casos, no se está propiamente ante una antinomia, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial, con lo cual las mismas difieren en su ámbito de aplicación. (...)

6.4. Sobre el criterio de especialidad, se destacó en la Sentencia C-451 de 2015, que el mismo “permite reconocer la vigencia de una norma sobre la base de que regula de manera particular y específica una situación, supuesto o materia, excluyendo la aplicación de las disposiciones generales”. Respecto al alcance del criterio de especialidad, en el mismo fallo se trajo a colación lo dicho por la Corporación en la Sentencia C-078 de 1997, al referirse esta al carácter especial de las normas tributarias y su aplicación preferente sobre las normas del anterior Código Contencioso Administrativo. Esta última sentencia dijo sobre el particular:

6.5. Así las cosas, frente a este último criterio, el de especialidad, cabe entonces entender que el mismo opera con un propósito de ordenación legislativa entre normas de igual jerarquía, en el sentido que, ante dos disposiciones incompatibles, una general y una especial, permite darle prevalencia a la segunda, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial. Ello, sobre la base de que la norma especial sustrae o excluye una parte de la materia gobernada por la ley de mayor amplitud regulatoria, para someterla a una regulación diferente y específica, sea esta contraria o contradictoria, que prevalece sobre la otra. (...)

Siendo así, aplicar las normas de la acción cambiaria sería realizar una interpretación no sistemática del derecho, pues se desconocería el carácter especial de las normas que regulan el SOAT, y en particular las normas del contrato de seguro, desconociendo el criterio hermenéutico de especialidad, lo que configuraría una vía de hecho por violación al debido proceso pues como lo afirmó la corte constitucional en sentencia SU918 DE 2013, “(...) cuando en una decisión judicial se aplica una norma jurídica de manera manifiestamente irrazonable o se deja de aplicar una norma aplicable, sacando del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable tal decisión judicial, ésta deja de ser una vía de derecho para convertirse en una vía de hecho, razón por la cual la misma deberá dejarse sin efectos jurídicos, para lo cual la acción de tutela es el mecanismo apropiado. En esta hipótesis no se está ante un problema de interpretación normativa, sino ante una decisión carente de fundamento jurídico, dictada según el capricho del operador jurídico, desconociendo la ley, y trascendiendo al nivel constitucional en tanto compromete los derechos fundamentales de la parte afectada con tal decisión. (...)”.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO

1. IMPOSIBILIDAD DE LIBRAR MANDAMIENTO DE PAGO POR EXISTIR AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD, AL NO CUMPLIRSE LOS REQUISITOS DEFINIDOS POR EL CODIGO DE COMERCIO EN RELACION CON EL MERITO EJECUTIVO DEL CONTRATO DE SEGURO.

Los procesos de ejecución son aquellos que tienen por objeto el pago inmediato de una deuda o el cumplimiento de una obligación cierta e indiscutible, sobre la base de un título de fuerza ejecutiva, dando lugar a sentencia con carácter de cosa juzgada formal.

Dentro de este tipo de procesos la parte ejecutante debe cumplir con su carga probatoria al momento de iniciar el proceso, aportando junto a su demanda los medios documentales necesarios, indispensables y suficientes para demostrar la existencia y exigibilidad de la obligación que pretende ejecutar.

El artículo 422 del C.G.P., exige que para que se pueda ejecutar judicialmente una determinada obligación es carga del demandante aportar junto a su demanda, documentos en donde conste que la obligación es expresa, clara y exigible y que estén incorporadas en documentos que provengan del

deudor. Sin el cumplimiento de esta carga probatoria por parte del demandante no es posible que se ordene el cumplimiento de la obligación que se reclama.

No es posible en el presente caso, tener a las facturas allegadas por la entidad demandante como un título valor simple, pues en primer lugar entre la demandante y mi representada AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., no ha existido contrato o práctica comercial de la cual se pueda derivar una prestación de un servicio a favor de la demandante, razón por la cual se debe tener en cuenta, que en el caso que nos ocupa nos encontramos frente a un CONTRATO DE SEGUROS, toda vez que como bien se evidencia en las facturas de venta aportadas por la parte actora aparece como concepto el de “servicios de salud correspondiente al seguro obligatorio de accidentes de tránsito”, seguro que se encuentra regulado por ley y que para el presente caso tiene su fundamento normativo en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), más precisamente en el capítulo IV, referido al Régimen del Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito el cual establece lo siguiente:

“ARTICULO 195. ATENCION DE LAS VICTIMAS.

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

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

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

En el mismo sentido, el Decreto 780 de 2016, relaciona los documentos que los prestadores de servicios de salud deben radicar ante las entidades aseguradoras con la solicitud de pago de las reclamaciones, en su artículo 2.6.1.4.2.20 (antes Artículo 26 Decreto 056 de 2015)¹, el cual es del siguiente tenor:

¹ **Artículo 26.** Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.
2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:
 - 2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.
 - 2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.
3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:

“(…) 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 diligenciado². 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.

(…)

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 relación con la referida documentación, la Resolución 1645 de 2016, por la cual el Ministerio de salud, establece los requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas establecidas en el artículo 167 de la ley 100 de 1993 (aplicable a las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT cuando así lo señale dicho acto administrativo), indica en su artículo 6° que la demostración de la prestación de los servicios de salud se acreditará ante las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT con los siguientes documentos según el caso:

- 1. Epicrisis, cuando se trate de servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. En todo caso deben observarse los contenidos mínimos previstos en el artículo 31 del Decreto 056 de 2015³.*
- 2. Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.*
- 3. Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contra referencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos, siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.*

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

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 33 del presente decreto.

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

² Definido por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Nota Externa 201733200110423 de 2017.

³ Hoy artículo 2.6.1.4.3.5 del Decreto Único 780 de 2016.

4. *Factura de venta o documento equivalente del reclamante y certificación de pago de quien prestó el servicio, cuando el mismo ha sido prestado a través de un tercero.*

La Superintendencia Financiera en Concepto 2018134425-001 del 18 de noviembre de 2018, estableció que las aseguradoras deberán observar las indicaciones contenidas en la normatividad vigente, y de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de la atención, para lo cual expresó lo siguiente:

“(...) Así pues, respecto de la demostración de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, el mencionado Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.4.2.20., determina cuales son los documentos exigidos para la presentación de la solicitud de pago de las reclamaciones y en tal virtud señala el Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y además, relaciona los documentos que debe aportar el beneficiario acreditado para reclamar los gastos por atenciones médicas entre los cuales se encuentran la epicrisis o resumen clínico para lo cual cita que estos deben sujetarse a lo establecido en los artículos 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6. de la misma normatividad.

En este orden, consultados los prenombrados artículos 2.6.1.4.2.20., 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6., de la citada normatividad, se evidencia que los mismos refieren de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de atención, respectivamente. (...)”

Luego de analizar las anteriores disposiciones, surgen los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo demostraría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que efectivamente realizó la atención a una paciente víctima de un accidente de tránsito?
- ¿Cómo acreditaría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que el paciente atendido fue víctima de un accidente de tránsito?
- ¿Cómo acreditaría la IPS ante la aseguradora, si no aporta la documentación requerida, que los servicios que se están facturando efectivamente se prestaron a una paciente víctima de un accidente de tránsito?

Por estas razones es claro, que la IPS que pretenda el pago de una indemnización por una reclamación presentada ante una aseguradora, ya sea de forma extrajudicial o judicial, debe aportar todos y cada uno de los documentos necesarios para acreditar la prestación de los servicios médicos y hospitalarios a una paciente víctima de un accidente de tránsito.

Lo anterior, en razón a que las obligaciones que surgen de la acción ejecutiva del contrato de seguro, hacen parte de los denominados títulos ejecutivos complejos, que a pesar que deben ser claros, expresos, exigibles y que provenga del deudor, se hace necesario el cumplimiento de los requisitos establecidos en los artículos citados, para el trámite de la reclamación, en aras de obtener el pago de indemnizaciones por la prestación de servicios médico - hospitalarios a víctimas de accidentes de tránsito. Situación que reiteramos, se rige por las normas especiales que regulan la materia como lo son el Decreto 663 de 1993 (EOSF), Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016 y las normas del contrato de seguro establecidas en el código de comercio.

Es decir, que para que las reclamaciones por indemnizaciones presentadas por las IPS a las aseguradoras presten mérito ejecutivo, además de cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto 056 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016, se hace necesario el cumplimiento de la situación fáctica que consagra el numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, que se refiere a la acción ejecutiva especial derivada del contrato de seguro, y que menciona:

“(...) 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. (...)” (negritas fuera de texto original).

Ahora, al tener el contrato de seguro, dentro de uno de sus elementos esenciales, que corresponden a obligaciones condicionales, es importante destacar lo que sobre el particular, ha manifestado el Dr Hernán Fabio López Blanco:

“(...) en algunos casos el título ejecutivo no puede ser simple, unitario físicamente, sino que necesariamente es compuesto, como sucede con las obligaciones sometidas a condición, en las que además del documento en que constan, debe acompañarse prueba de que ocurrió la condición, como claramente lo dispone el artículo 427 del CGP, que regula la forma de demostrar que se infringió la obligación de no hacer y el cumplimiento de la condición al ordenar que: “a la demanda deberá acompañarse el documento privado que provenga del deudor, el documento público, la inspección o la confesión judicial extraprocetal o la sentencia”, que pruebe el cumplimiento de la condición o el incumplimiento de la obligación de no hacer.

(...) Al respecto abundan los ejemplos. (...) la demanda ejecutiva con base en el artículo 1053, num. 3 del C. de Co., implica allegar la póliza y la prueba de que se presentó reclamación a la aseguradora; (...)”⁴

De acuerdo a lo establecido por la doctrina y la jurisprudencia nacional en el caso del numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, debe considerarse que la sola factura no constituye título ejecutivo, por lo cual se hace necesario acompañar varios documentos, como lo es la prueba que se reclamó y que esa reclamación estuvo aparejada de los documentos necesarios para establecer la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, tal como lo establece el artículo 1077 del mismo código, y, finalmente, no haber sido objetada la reclamación por parte de la aseguradora dentro del término establecido. Estos requisitos deben ser puestos a consideración del juez una vez se acuda a la vía ejecutiva correspondiente.

Al respecto el Tribunal Superior de Bogotá, Sala Civil, en decisión de fecha 19 de mayo de 2015, expuso lo siguiente:

“(...) De igual forma, asume la naturaleza de título complejo, pues requiere, además de la póliza, que se alleguen otros documentos necesarios para el cobro de la indemnización. En este sentido, el numeral 3º de la norma en comento dispone “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”.

De acuerdo con lo anterior, para deprecar el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del contrato de seguro se debe acreditar los siguientes presupuestos: a) La póliza de seguro b) presentación de la reclamación, con la constancia de su entrega y la fecha en que tuvo lugar c) comprobantes, que según la póliza sean indispensables, d) que haya vencido el plazo de un mes, contado a partir de la presentación de la reclamación, sin que fuera objetada.

Desde luego, para que se pueda librar la orden de pago, es indispensable, a su vez, que los documentos que con ese propósito allegue el ejecutante, sean aportados con estricta sujeción

⁴ LOPEZ BLANCO, Hernan Fabio. CODIGO GENERAL DEL PROCESO – PARTE ESPECIAL. DUPRE EDITORES. Año 2017. Páginas 511 y 512. 2017

a las pautas formales que prevé el ordenamiento jurídico, incluyendo las atinentes a la incorporación de documentos privados (artículos 252, 253 y 254 del C. de P. C.) (...).

Descendiendo al caso en concreto, el apoderado de la CLINICA LA VICTORIA S.A., solicita el pago de unas facturas de venta (así las denomina) derivadas de la prestación de servicios médicos por accidentes de tránsito con cargo al SOAT, pero omite anexar junto con la demanda los documentos necesarios exigidos en los decretos que regulan esta materia anteriormente señalados, quedando claro que no se configura el título ejecutivo complejo, es de resaltar al despacho que en ninguno de las facturas que se allegan al presente proceso se acompañan los documentos necesarios para configurarse un título complejo en especial los dispuesto en el artículo 26 del decreto 056 del 2015.

Observando la demanda obran las facturas de venta de la CLINICA LA VICTORIA S.A., y no se observa que se aporten los documentos exigidos por la norma transcrita, es decir, que el apoderado del demandante solo aporta el requisito del numeral 4 del artículo 26 del decreto 065 de 2015, omitiendo los aportar los demás requisitos, por lo tanto no se configura el título ejecutivo complejo.

Ahora bien, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla – Sala Civil Familia ha determinado que los operadores judiciales tienen el deber de estudiar de oficio los títulos al momento de dictar sentencia ya sea de única, primera o segunda instancia, y traigo a colación aparte de la sentencia del 18 de octubre de 2019 que reza:

“(…) Analizada todas estas disposiciones se advierte que en todas ellas se reiteran la naturaleza del contrato de seguro del SOAT para que se le apliquen las reglas particulares de este tipo de contrato y con relación a las reclamaciones que deben efectuar las IPS ante las aseguradoras en aras de obtener el pago del servicio de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, señalan que el documento debe ser anexados tales reclamaciones y en condiciones las mismas podrán prestar mérito ejecutivo.

Aspecto como esto considera este magistrado que van más allá del simple manejo de aspectos formales de un título ejecutivo, sino que conllevan es el cumplimiento de unas normas de carácter sustancial regulados en la ley que siempre en todo momento deben ser respetadas. Así pues para el pretendido recaude ejecutivo de la administración a que considera tener derecho el ejecutante por la prestación de servicios médicos a personas accidentadas cubiertas por pólizas del SOAT, le correspondía a ésta acreditar que en forma oportuna presentó a la aseguradora la reclamación correspondiente con el acompañamiento de toda la documentación requerida para acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía e indicar que habían vencido los términos correspondientes para agitarlas para generar un título ejecutivo de acuerdo a las reglamentaciones contrato seguro en lugar de pretender cubrir tal carga con solamente las meras facturas expedidas unilateralmente por ella invocando unas normas jurídicas que no son aplicables al caso presente.

En ese sentido Considera es necesario esta corporación regresar a la norma original del artículo 1053 del código de comercio que habla sobre el mérito ejecutivo de la póliza de seguro numeral tercero, que fue modificado por el código general del proceso conserva su normatividad básica en que el título ejecutivo contra el asegurador debe ser la reclamación y no solamente la reclamación sino a la reclamación que lleve acreditada la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Así las cosas no era del caso entrar a averiguar si la aseguradora devolvió, objeto o glosó sobre las facturas dentro los términos establecidos por la ley, por el contrario no debió librarse mandamiento de pago puesto que no acompañarse a las facturas aportadas en documentos la reclamación y los documentos exigidos por las normas comerciales especiales antes citadas, no era posible determinar los precisos parámetros de la obligación, motivo por el cual

estas facturas por sí solas no cumple con las exigencias legales para ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo. (...)”⁵

De igual forma se trae a colación lo dispuesto en las sentencias: CSJ STC 4269 de 2015; CSJ STC 5272 de 2016; CSJ STC 14595 de 2017; que desarrollan puntos similares a la revisión del título y de los títulos ejecutivos complejos.

Al respecto la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sentado:

“Para adelantar una acción ejecutiva es requisito esencial que exista un título ejecutivo, que constituye el instrumento por medio del cual se hace efectiva una obligación, sobre cuya existencia no cabe duda alguna. En ese orden, la ley procesal exige que el acto que presta mérito ejecutivo contenga una obligación clara, expresa y exigible, para que de ella pueda predicarse la calidad de título ejecutivo -art. 488 del Código de Procedimiento Civil-. En este sentido, ha dicho la Sala, en reiteradas oportunidades, que “Si es clara debe ser evidente que en el título consta una obligación sin necesidad de acudir a otros medios para comprobarlo. Que sea expresa se refiere a su materialización en un documento en el que se declara su existencia. Y exigible cuando no esté sujeta a término o condición ni existan actuaciones pendientes por realizar y por ende pedirse su cumplimiento en ese instante. (...)”⁶

Por todo lo anteriormente mencionado, y analizando las facturas con la cual pretende la CLINICA LA VICTORIA S.A., exigir el pago dentro del presente proceso, es claro que por sí sola no puede proceder, pues es necesario que se integre el TITULO EJECUTIVO COMPLEJO con los documentos enunciados el artículo 26 del decreto 056 de 2015 por lo que queda claro que no se aportó el título ejecutivo complejo con el cual se puede establecer el mérito ejecutivo, y por tanto **NO PRESTA MÉRITO EJECUTIVO**.

2. IMPOSIBILIDAD DE LIBRAR MANDAMIENTO DE PAGO EN EL PRESENTE ASUNTO POR NO SER EXIBLES LAS POLIZAS DE SOAT POR LA VIA EJECUTIVA, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1053 DEL CODIGO DE COMERCIO

Un aspecto que merece destacar corresponde al trámite de reclamaciones que formalicen “Las ENTIDADES CLÍNICAS y HOSPITALARIAS” ante las aseguradoras previsto en el numeral 6 del mencionado artículo 195 (Ley 100 de 1993, artículo 244, numeral 6), norma que debe interpretarse en armonía con el numeral 4 del mismo artículo que expresamente reconoce a “Los establecimientos hospitalarios o clínicos y a las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado” la titularidad “de la acción para presentar la correspondiente reclamación ante las entidades aseguradoras”. El trámite de esas reclamaciones actualmente se encuentra reglamentado por el Decreto 056 de 2015.⁷

Por ello, las compañías de seguros no suscriben ni celebran ningún tipo de convenio o negociación con las entidades prestadoras de servicios de salud, por lo que las facturas que se pretenden cobrar por la vía ejecutiva no son exigibles frente a mi representada, siendo que no se derivaban de servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito, del cual pueda concebirse que existe una obligación clara, expresa y exigible.

Es importante precisar que, en este caso, estamos tratando con un título ejecutivo de los denominados complejos, ya que a pesar de que debe ser claro, expreso, exigible y que provenga del deudor, se

⁵ Sentencia de Fecha 18 de octubre de 2019 Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla – Sala Civil Familia, proceso ejecutivo radicado No. 0800131030520170025400, Dte: Clínica Jaller SAS, Ddo: Compañía Mundial de Seguros, MP Alfredo Castilla

⁶ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCION TERCERA, SUBSECCION C, Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO, Bogotá, D.C., siete (7) de marzo de dos mil once (2011), Radicación número: 05001-23-31-000-2010-00169-01(39948) Actor: CONCRECONIC S.A., Demandado: INSTITUTO NACIONAL DE VIAS-INVIAS-, Referencia: PROCESO EJECUTIVO CONTRACTUAL.

⁷ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto No. 2012054519-003 del 21 de septiembre de 2012.

hace necesario el cumplimiento de los requisitos establecidos a lo largo de este escrito para el trámite referente a la reclamación, para el pago de indemnizaciones por la prestación de servicios médicos-hospitalarios a víctimas de accidentes de tránsito se deben regir por las normas especiales que regulan la materia como lo son el Decreto 663 de 1993 (EOSF), Decreto 056 de 2015, Decreto 780 de 2016 y las normas del contrato de seguro establecidas en el código de comercio.

Tal como se expuso el Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito (SOAT) se encuentra regulado por ley y que para el presente caso tiene su fundamento normativo en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, más precisamente en el capítulo IV, referido al Régimen del Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito el cual establece lo siguiente:

“ARTICULO 195. ATENCION DE LAS VICTIMAS.

(...)

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

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

Es decir, que para que las reclamaciones por indemnizaciones presentadas por las IPS a las aseguradoras presten mérito ejecutivo además del cumplir con requisitos establecidos en el Decreto 056 de 2015 y Decreto 780 de 2016, se hace necesario el cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio que establece que “(...) **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.** (...)” (negritas fuera de texto original).

De acuerdo a lo establecido por la doctrina y la jurisprudencia nacional en el caso del numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, debe considerarse que la sola póliza no constituye título ejecutivo, por lo cual se hace necesario acompañar varios documentos, como lo es la prueba que se reclamó y que esa reclamación estuvo aparejada de los documentos necesarios para establecer la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, tal como lo establece el artículo 1077 del mismo código, y, finalmente, no haber sido objetada la reclamación por parte de la aseguradora dentro del término establecido. Estos requisitos deben ser puestos a consideración del juez una vez se acuda a la vía ejecutiva correspondiente.

Igualmente se ha establecido que con la demanda se debe acompañar el, o los documentos sobre la existencia de una obligación clara, expresa y exigible, es decir, que se debe presentar copia de la póliza, la prueba de que reclamó y, finalmente, si ha contestado anexará la prueba de la respuesta, lo

que no implica que exista objeción. En el evento del silencio dentro del plazo legal, le bastará afirmar al demandante la referida circunstancia sobre la no objeción.

Al respecto el Tribunal Superior de Bogotá, Sala Civil, en decisión de fecha 19 de mayo de 2015, expuso lo siguiente:

“De igual forma, asume la naturaleza de título complejo, pues requiere, además de la póliza, que se alleguen otros documentos necesarios para el cobro de la indemnización. En este sentido, el numeral 3º de la norma en comento dispone “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”.

De acuerdo con lo anterior, para deprecar el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del contrato de seguro se debe acreditar los siguientes presupuestos: a) La póliza de seguro b) presentación de la reclamación, con la constancia de su entrega y la fecha en que tuvo lugar c) comprobantes, que según la póliza sean indispensables, d) que haya vencido el plazo de un mes, contado a partir de la presentación de la reclamación, sin que fuera objetada.

Desde luego, para que se pueda librar la orden de pago, es indispensable, a su vez, que los documentos que con ese propósito allegue el ejecutante, sean aportados con estricta sujeción a las pautas formales que prevé el ordenamiento jurídico, incluyendo las atinentes a la incorporación de documentos privados (artículos 252, 253 y 254 del C. de P. C.).”

De acuerdo con los argumentos planteados, es claro que en el proceso de la referencia la parte ejecutante omitió declarar en la demanda que efectivamente haya presentado una reclamación a mi representada aparejada de toda la documentación requerida por las normas y decretos que reglamentan las reclamaciones del seguro obligatorio para accidentes de tránsito, y mucho menos lograr acreditar que dichas reclamaciones no hayan sido objetadas por mi representada, tal como lo exige el numeral 3 del artículo 1053 del código de comercio.

PETICIÓN

Conforme a los anteriores fundamentos de orden legal y probatorio, ratifico la interposición del presente recurso de reposición, por lo cual me permito solicitarle se sirva **REVOCAR** el auto de fecha 21 de agosto de 2020 que libró mandamiento en contra de **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, y en su lugar se abstenga de librar orden de pago.

PRUEBAS Y ANEXOS

- Sentencia AC3571 – 2017 radicación 11001020300020170050700 Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil. 7 folios.
- Sentencia de primera instancia radicación 00038-2011 Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Barranquilla. 10 folios.
- Sentencia de Segunda instancia radicación 2011-00038 Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Civil Familia. 10 folios.
- Sentencia de Segunda Instancia radicación 39426 radicado 080013103011201300160 Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Civil Familia. 6 folios.
- Sentencia proferida por el juzgado 19 civil municipal de Barranquilla radicación 080014003016201200163 de fecha 15 febrero de 2019. 13 folios

- Auto de fecha 13 de agosto de 2013 radicación 2018-00581 Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Aguachica Cesar.8 folios

NOTIFICACIONES

Los demandantes y su apoderado reciben notificaciones en las direcciones aportadas en la demanda y a ellas me remito.

El Representante Legal de la demandada AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 53 No. 76-239 Piso 3 de la ciudad de Barranquilla.

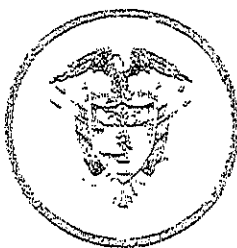
Por mi parte las recibiré en la secretaría de su Despacho o en la Carrera 58 No. 70 - 110 Oficina 4 piso 2 de la ciudad de Barranquilla y al correo operez@ompabogados.com

Del Señor Juez, atentamente,



OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS
C.C. No. 39.006.745 de El Banco-Magd
T.P. No. 23.817 del C. S. de la J.

ACNR



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

AC3571-2017

Radicación n.º 11001-02-03-000-2017-00507-00

Bogotá, D. C., siete (7) de junio de dos mil diecisiete (2017).

Decídese el conflicto de competencia que surgió entre los Juzgados Noveno Civil Municipal de Neiva (Huila) y el Treinta Civil Municipal de Bogotá D. C., atinente al conocimiento del proceso ejecutivo de Aydé Mary Ramírez Tello contra Constructora Federal Ltda. y Edificar 200 Ltda.

ANTECEDENTES

1.- En la demanda presentada al «JUEZ CIVIL MUNICIPAL DE NEIVA - REPARTO», de la que dan cuenta estas diligencias, la parte actora reclamó de la jurisdicción que se libre mandamiento ejecutivo de pago [...] por la ejecución de la sentencia de fecha diciembre 12 de 2014 proferida por la SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO -DELEGATURAS PARA ASUNTOS JURISDICCIONALES- por valor capital de TREINTA MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$30.400.000) M.L. por la indexación respectiva con base en el IPC para la fecha de pago según lo dispuesto por esa superintendencia, así mismo, solicitó que «se libre mandamiento ejecutivo de pago en contra de las empresas [...] por los intereses de mora liquidados a la tasa legal permitida desde que la obligación se hizo exigible (DICIEMBRE 18 DE 2014) y hasta la fecha

efectiva de pago», por último, requirió «que se libre mandamiento de pago en contra de la[s] empresa[s] [...] por la suma de CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4'000.000,00) M.L. por concepto de agencias en derecho, más los intereses de mora liquidables desde DICIEMBRE 18 DE 2014 hasta que se verifique el pago total de la obligación».

Al efecto, aseveró que los ejecutados tienen su domicilio en la «Calle 90 No. 18 - 53 Oficina 405 en la ciudad de Bogotá», así mismo, referente al tópico de la «competencia» adujo que por «el valor de las pretensiones, la naturaleza y cuantía del proceso, que estim[a] en \$60'000.000.00 teniendo en cuenta la liquidación aproximada de las obligaciones ejecutadas (Menor cuantía), es [el] Despacho el competente para conocer de esta demanda».

2.- El escrito incoativo fue asignado al Despacho 9° Civil Municipal de Neiva - Huila, aconteciendo que su titular, el 5 de diciembre de 2016, lo rechazó.

Ello, tras esgrimir que en «relación con los procesos contra una sociedad existen normas que determinan expresamente la competencia en cabeza del Juez de su domicilio», conforme con el «numeral 5 del artículo 28 del C.G.P.», en ese orden, adujo que «existiendo norma especial que regula la competencia cuando se demanda a una sociedad, no hay lugar a remitirse a la norma general. En el sub Examine, se tiene que la parte demandada posee su domicilio en la ciudad de Bogotá, tal y como consta en el Certificado de Existencia y Representación (fls. 12 al 17), quienes adicionalmente no cuentan con agencias o sucursales en esta ciudad. Por lo anterior, carece es[e] despacho de competencia para asumir el conocimiento del presente asunto [...]; Decisión respecto de la que el ejecutante interpuso recurso de reposición y en subsidio apelación.

Subsiguientemente, el Despacho en cuestión, resolvió «NO REPONER el auto de fecha 5 de diciembre de 2015», y negó «la concesión del recurso de apelación subsidiariamente formulado [...]».

3. Cumplidos los trámites preceptivos, el expediente fue remitido y entregado al Juzgado 30 Civil Municipal de Bogotá, el que en providencia del 13 de febrero de 2017, optó por manifestar que no le correspondía asumir ese asunto y, entonces, promovió el conflicto competencial que ocupa la atención de la Corte, expresando para ello, con base en el numeral 3° del artículo 28 del Código General del Proceso que para «establecer la competencia por el factor territorial se hace necesario acudir a la regla general contenida en el numeral 1° del artículo 28 del Código General del Proceso, a cuyas voces “en los procesos contenciosos, salvo disposición legal en contrario, es competente el juez del domicilio del demandado. Si son varios los demandados o el demandado tiene varios domicilios, el de cualquiera de ellos a elección del demandante»; así mismo, «el numeral 3° de la norma en cita dispone: “En los procesos originados en un negocio jurídico o que involucren títulos ejecutivos es también competente el juez del lugar de cumplimiento de cualquiera de las obligaciones. La estipulación contractual para efectos judiciales se tendrá por no escrita”».

Adicionalmente, mencionó que el «Juez Civil Noveno Municipal de Neiva (Huila), a quien le correspondió por reparto ésta acción, con fundamento en el numeral 5° del artículo 28 del Estatuto General del Proceso, declaró su falta de competencia para conocer el asunto, aduciendo que como quiera (sic) que el domicilio del demandado se encuentra en Bogotá D.C., son juzgados de esta ciudad los competentes para ello (fl. 20)».

Por último, señaló que «el título báculo de la ejecución [promesa de compraventa] (fl. 2 a 5), se aprecia que en el mismo se hace mención a

que el lugar de cumplimiento de la obligación sería Neiva – Huila, y el demandante eligió al juez civil municipal de esa ciudad para que tramitara éste asunto, tal y como lo indicó en el poder y en el libelo introductorio (Fls. 34 a 36 Cdno Principal).

4.- Así las cosas, conforme al canon 139 del Código General del Proceso, se entra a desatar el tópico en cuestión.

CONSIDERACIONES

1.- Habida cuenta que se enfrentan juzgados de distinto distrito judicial, corresponde a esta Sala resolver el conflicto negativo suscitado entre ellos, de acuerdo con los artículos 139 *ibidem* y 16 de la Ley 270 de 1996, modificado por el 7° de su par 1285 de 2009.

2.- En aras de desatar el presente asunto, salta a la vista que el «título ejecutivo» báculo de la presente acción no son los contratos de promesa de compraventa (Fls. 2 a 9 *Ídem*), sin lugar a dudas, es la sentencia emitida por la Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia de Industria y Comercio que ordenó «a las sociedades CONSTRUCTORA FEDERAL LTDA., [...], EDIFICAR 2.000 LTDA., [...], e INMOBILIARIA GOLD TOWER LTDA., [...] que a favor de la señora AYDÉ MARY RAMÍREZ TELLO, [...], dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria de la presente providencia, proceda a reembolsar la suma de treinta millones cuatrocientos mil pesos m/cte (30.400.000) que fueron pagados por concepto de las promesas de compraventa de los apartamentos 103 y 104 con parqueaderos cubiertos en el Conjunto Residencial La Morada del Viento [...]».

3. En este orden de ideas, de la revisión efectuada a las actuaciones cumplidas y, particularmente, los certificados de existencia y representación legal de las empresas Constructora Federal S.A.S. y Edificar 2000 Ltda., (Fls. 10 a 15 *Ídem*) cumple afirmar que toda discusión la zanján contundentemente los textos mismos de esas partidas, conforme a los precisos términos allí trazados, sin que sea menester recabar en adicionales precisiones sobre el particular.

Así, emerge del análisis de esas piezas procesales que el señalado a conocer la controversia suscitada es el Juzgado Treinta Civil Municipal de Bogotá D.C., debido a que tal es el llamado a tener el conocimiento en virtud del fuero competencial, pues en *«los procesos contra una persona jurídica es competente el juez de su domicilio principal»*.

Lo anterior, habida cuenta que de dicha información, surge a qué juzgador le incumbe avocar el juicio del *sub examine*, toda vez que, en virtud de que son varias sociedades las obligadas, su fuero resulta exclusivo y de una competencia privativa, en este sentido establece el numeral quinto (5°) del artículo 28 del Código General del Proceso, que no es otro que *«[e]n los procesos contra una persona jurídica es competente el juez de su domicilio principal. Sin embargo, cuando se trate de asuntos vinculados a una sucursal o agencia serán competentes, a prevención, el juez de aquel y de esta»* (subrayas por fuera del texto).

4. Como dicho de paso, advierte la Corte que en el presente proceso ejecutivo, no se pueden seguir las reglas

del artículo 306 del Código General del Proceso, pues la autoridad (Superintendencia de Industria y de Comercio) que emitió la sentencia -título ejecutivo- es de carácter administrativo con funciones jurisdiccionales, sin embargo, legalmente no están autorizadas para llevar a cabo la ejecución de las providencias que dicten.

5. Por las razones antedichas procede, entonces, remitir la presente demanda al Despacho Treinta Civil Municipal de Bogotá D.C., a quien le corresponde continuar con el conocimiento de la acción emprendida.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR que el conocimiento del proceso de la referencia, deberá continuar por cuenta del Juzgado Treinta Civil Municipal de Bogotá D.C.

SEGUNDO: COMUNICAR lo decidido al Juzgado Noveno Civil Municipal de Neiva (Huila), acompañándole copia de este proveído.

TERCERO: REMITIR el expediente a la célula judicial referida en el numeral primero de esta resolutive.

CUARTO: LIBRAR, por Secretaría, los oficios correspondientes dejándose las constancias del caso.

NOTIFÍQUESE

MARGARITA CABELLO BLANCO

Magistrada

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL
 JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA
 Centro Cívico octavo Piso

Junio cuatro (4) del año dos mil trece (2013)

Referencia: EJECUTIVO

Radicación: 00038-2011-00

Demandante: INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA.

Demandada: LIBERTY SEGUROS S. A.

ANTECEDENTES

Con la presente acción ejecutiva, se persiguen las siguientes pretensiones principales:

1. Se ordene a la ASEGURADORA LIBERTY SEGUROS S. A. pagar a la demandante la suma de \$484,230.904.00 correspondiente al valor de 1099 facturas de servicios médicos prestados.
2. Asimismo, se ordene el pago de los intereses moratorios desde el día en que se hicieron exigibles las obligaciones contenidas en cada factura.
3. Condenar en costas a la parte demandada.

Los hechos que sirven de base a los hechos anteriores, se sintetizan así:

1. La parte demandada recibió y firmó las 1099 facturas de venta de servicios en salud a sus afiliados y beneficiarios, discriminadas en el hecho No. 1 de la demanda por un total de \$484.230.904.00 por concepto de servicios médicos prestados de urgencia a los afiliados de la misma, incluyendo medicamentos P.O.S., laboratorio clínico, radiología, ecografía, terapias y otros relacionados con el servicio de salud, los cuales se comprometieron a pagarlas una vez recibidas.
2. De conformidad con lo preceptuado en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, es obligatorio para todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, prestar la atención inicial de urgencias a todas las personas independientemente de su capacidad de pago.
3. A pesar de los requerimientos y cobros amistosos a efectuados a la parte demandada para hacer efectivo el pago, esta no ha cumplido su obligación y se encuentra en mora de hacerlo.
4. La obligación cobrada es clara, expresa y exigible, consta en un documento que proviene del deudor y por ley se presume su autenticidad y constituyen plena prueba contra la parte demandada, por tanto, presta mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 488 del Código de Procedimiento Civil.
5. Que al tenor del artículo 195 y 216 de la Ley 100 de 1993 es competencia de la jurisdicción ordinaria conocer de este proceso por tratarse de asuntos de derecho privado. Igualmente, el Tribunal Administrativo del Atlántico sostuvo la misma tesis.

6. Que se trata de una factura especial porque nace por sí sola ya que la atención o prestación de servicios por urgencias debe ser obligatoria e inmediata y, además, las facturas fueron recibidas por la demandada sin ser rechazadas. Añade que el artículo 2° de la Ley 1231 de 2008 es considerada irrevocablemente aceptada por el comprador o receptor del servicio si no se presenta reclamo contra su contenido por devolución o mediante escrito dirigido al tenedor de la factura, dentro de los diez días siguientes a su recepción.
7. Que en un caso similar, la Sala Civil-Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla con ponencia de la Magistrada LILIAN PAJARO DE DE SILVESTRI señaló que las facturas conforman un título ejecutivo por tratarse de documentos privados, por eso, no es necesario que reúnan los requisitos de una factura de compraventa o de título valor, porque constan por escrito, provienen del deudor, constituyen plena prueba de las facturas de venta se deduce una obligación clara, expresa y exigible de pagar una cantidad líquida de dinero.
8. Aduce que conforme al artículo 12 de la Ley 446 de 1996 se presumirán auténticos los documentos que reúnan los requisitos del artículo 488 del Código de Procedimiento Civil, de los cuales se pretende derivar un título ejecutivo, por ende, los documentos aportados con la demanda, al estar suscritos por la demandada se deben presumir auténticos y, por tanto, prestan mérito ejecutivo.
9. Que la prestación de los servicios en salud deben ser cancelados en un plazo máximo de 60 días contados a partir del recibo de las cuentas de cobro o facturas una vez revisada integralmente, de conformidad con el Decreto 046 de 2000 que reformó el artículo 3 del Decreto 723 de 1997. Aclara que los recursos del Régimen Subsidiado de la Seguridad Social en Salud no son de propiedad de LIBERTY SEGUROS S. A., sino que pertenecen al mismo sistema, como lo dispone el artículo 182 y s.s. de la Ley 100 de 1993.
10. Alega que este juzgado es competente a partir del 12 de julio de 2010 conforme al artículo 3 de la Ley 1396 de 2010 que ordenó tener como valor de la cuantía la suma de todas las pretensiones acumuladas al momento de presentarse la demanda.

ACTUACIÓN PROCESAL

Por auto del 2 de marzo de 2011 se libró el mandamiento de pago por considerar reunidos los requisitos de ley y por considerarse los documentos adjuntos a la demanda como títulos ejecutivos.

Adelantadas las diligencias de notificación, la sociedad demandada se notificó mediante apoderado judicial, interponiendo recurso de reposición contra el mandamiento de pago, el cual fue resuelto negativamente por auto del 18 de julio de 2011. Asimismo, propuso excepciones de mérito por "PAGO TOTAL DE LA OBLIGACIÓN", "AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DEL TÍTULO EJECUTIVO" y "COBRO DE LO NO DEBIDO"; aportando pruebas documentales y solicitando algunas otras para su causa. De estas excepciones de mérito, se corrió traslado a la parte demandante, quien se pronunció en término, allegando nuevo material probatorio.

Por auto del 13 de febrero de 2012 se dio apertura al periodo probatorio por 30 días, negándose la inspección judicial pedida por la parte demandada, pero se decretó la recepción del testimonio.

Vencido el término probatorio practicándose la prueba ordenada, se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión por auto del 9 de mayo de 2012, descomiendo ambas partes dentro del término. La parte demandante insiste en que no es aplicable el decreto 3990 de 2007 porque este regula el pago de indemnizaciones por daños en accidentes de tránsito y lo reclamado aquí es la prestación de servicios médicos a personas lesionadas en accidentes de tránsito. Por ello insiste en declarar no probadas las excepciones y ordenar en la sentencia el pago de la obligación que se cobra. La parte demandada, por su parte, solicita declarar probadas las excepciones propuestas por cuanto que el pago de la

obligación se ha realizado y que las facturas por sí solas no prestan mérito ejecutivo por cuanto muchas no han sido aceptadas al no reunir los requisitos legales exigidos por el Código de Comercio y con base en el decreto 3990 de 2007.

Cerrado el debate procesal y verificado el cumplimiento de los presupuestos procesales, este despacho se dispone a decidir de fondo el asunto que es sometido a su escrutinio, lo cual hace previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

1. De la acción ejecutiva presentada.

En el caso sometido a la consideración del despacho, tenemos la acción ejecutiva impetrada por el INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA. donde pretende el pago de \$484.230.904,00. El título de recaudo ejecutivo consiste en 1099 facturas de prestación de servicios en salud exigibles y recibidas por la compañía LIBERTY SEGUROS S. A.

2. De la defensa ejercida por la parte demandada.

Al momento de ejercer su defensa, la compañía ejecutada propuso tres excepciones de mérito "PAGO TOTAL DE LA OBLIGACIÓN", "AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DEL TÍTULO EJECUTIVO" y "CÓBRO DE LO NO DEBIDO". Corresponde examinar individualmente al argumento expuesto en cada excepción a fin de determinar la prosperidad que le asiste frente a las pretensiones de la demanda.

2.1 Al sustentar la primera de estas excepciones, sostuvo que nos encontramos frente a un contrato de seguros; que después de la reclamación, consideró acreditado para esas facturas los requisitos del artículo 1077 del Código de Comercio y los del artículo 4 del Decreto 3990 de 2007, por ello realizó los pagos relacionados en el anexo 1. Que no obstante lo anterior, el demandante debe acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro como lo exige el artículo 1077 del Código de Comercio. Señala que el despacho debe asumir como pagos totales el listado del anexo No. 1, aunque hayan sido glosados o pagados parcialmente, pues así lo entiende del artículo 6 del Decreto 3990 de 2007. El fundamento es que ella asumió el pago parcial de las facturas relacionadas en el anexo No. 1 y la diferencia fue objetada de manera seria y fundada, sin que el demandante desvirtuara las objeciones realizadas sobre el saldo de cada factura, lo cual da a entender que las aceptaron y que desistieron de su reclamación. Además, señala que el demandante le envió cartas aceptando la glosa de una serie de facturas.

Manifiesta que el 13 de mayo de 2011 se suscribió entre las partes un acta de depuración de cartera donde se concluyó que la entidad ejecutante se compromete a darle de baja en su cartera a los soportes entregados en la diligencia por LIBERTY SEGUROS S. A., los cuales corresponden a los pagos totales y parciales mediante transferencias electrónicas, copias de comprobantes

de egreso y copia de consignaciones de depósitos judiciales a disposición del Juzgado 18 Civil Municipal de Barranquilla, quien expidió oficio de fecha 5 de noviembre de 2009, embargando los créditos que a su favor reciba la institución demandante en la entidad LIBERTY SEGUROS S. A., hecho ésta que limita el pago pues se han efectuado varios depósitos judiciales a disposición de tal juzgado visibles en anexo 2.

2.2 En la segunda excepción, se esboza por la parte demandada que existe un contrato de seguro que se regula por el Estatuto Orgánico Financiero que nos remite al capítulo V del Código de Comercio que regula el contrato de seguro, según el artículo 192.1 del tal Estatuto. En ese sentido, habla de títulos ejecutivos completos, porque se hace necesario el cumplimiento de los requisitos exigidos por el artículo 1077 y numeral 3° del artículo 1053 del Código de Comercio. Alega que para que una reclamación sea tramitada y pagada, además de las facturas, deben allegarse los comprobantes y documentos relacionados en el artículo 4° del Decreto 3990 de 2007. Con base en esto, señala que las facturas allegadas con la demanda no prestan mérito ejecutivo por no cumplirse procedimientos y requisitos especiales para formalizar la reclamación. Además, sobre las facturas existen objeciones serias y fundadas y cartas pendientes, por faltar algunos documentos para formalizar la reclamación acorde al artículo 1077 del Código de Comercio.

2.3 En lo referente a la tercera excepción por "Cobro de lo no Debido" manifiesta que si bien el Estatuto Orgánico Financiero concede la titularidad a las establecimientos hospitalarios o IPS para reclamar a las entidades aseguradoras los servicios prestados a las personas aseguradas por el SOAT, también es cierto que aquellos establecimientos o IPS deben acreditar los presupuestos sustanciales del artículo 1077 del Código de Comercio, los cuales no ha cumplido la parte demandante.

3. De la legislación para las reclamaciones por prestación de los servicios médicos por urgencia.

El Gobierno Nacional ha intervenido y reglamentado con suma claridad los asuntos concernientes a las atenciones médicas brindadas a los pacientes lesionados en un accidente de tránsito¹. Ha dispuesto el sector gubernamental que todos los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud están obligadas a prestar la atención médica en forma integral e inmediata a los accidentados. El servicio debe comprender desde la atención inicial de urgencias hasta la rehabilitación final del paciente.

Le está prohibido al establecimiento que atienda el caso, exigirle prueba relativa a la capacidad de pago o cualquier otro requisito al accidentado para prestarle el servicio médico que requiera de urgencia, so pena de hacerse acreedor a las sanciones contempladas en los numerales 2° y 3° del artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero tales como multas, intervención de las actividades administrativas y técnicas de la institución, suspensión y hasta pérdida definitiva de la personería jurídica, en caso de ser personas jurídicas privadas, o de la autorización para prestar servicios de salud.

¹ Decreto 653 de 1993, "Estatuto Orgánico del Sistema Financiero".

Una vez suministrada la atención médica por una clínica u hospital, quedarán habilitadas, tales entidades, para cobrar directamente a la empresa aseguradora que expidió el SOAT, los costos de los servicios prestados, hasta por el monto fijado por las disposiciones pertinentes.

Para la respectiva acción, el citado Estatuto Orgánico del Sistema Financiero establece que los establecimientos que hayan prestado el servicio pronto e inmediatamente, serán titulares para la reclamación directa a la compañía aseguradora por los gastos médicos y financieros de atención al paciente. A la reclamación acompañará prueba del accidente y de los daños corporales, así como la cuantía y la aseguradora pagará al asegurado, dentro del mes siguiente a la fecha en que éste acredite su derecho, la indemnización a que haya lugar².

Para acreditar el accidente y el daño, basta una certificación que demuestre la ocurrencia del siniestro, una certificación de la atención a las lesiones corporales de los accidentados expedida por cualquier entidad médica, asistencial u hospitalaria o la certificación de pago por concepto de servicios funerarios y de exequias³. Todos estos conceptos quedarán vertidos en la factura que expida el correspondiente centro hospitalario o clínico y una vez sean recibidos por la aseguradora, ésta deberá cancelar las sumas allí indicadas dentro del mes siguiente.

No obstante, las aseguradoras obligadas al pago o reembolso de las atenciones médicas brindadas a los pacientes, podrán objetar o glosar el contenido de la reclamación dentro del mes siguiente a su recibido, aunque, en todo caso, deberá pagar siquiera el porcentaje que fije el gobierno⁴.

La objeción a las facturas consiste en las no conformidades planteadas por la compañía aseguradora encargada de pagar el servicio médico prestado por la IPS a las víctimas de accidentes de tránsito de carácter urgente básicamente por inconsistencias en los soportes de la reclamación. Las glosas, por su parte, son una especie de objeción que puede comprender total o parcialmente el contenido de la reclamación y apuntan al valor de la factura. Ambas figuras impiden la aceptación de la factura de cobro, mientras no sean resueltas a satisfacción por la institución prestadora de salud que la expidió. Estos reclamos plasmados en las facturas por prestación del servicio médico por la IPS a pacientes afiliados a EPS o con amparados por compañías aseguradoras, prestan mérito ejecutivo mientras se ajusten a los lineamientos antes señalados.

Para este juzgado, al momento de librarse mandamiento de pago, se consideró que las facturas presentadas con la demanda reunían los requisitos del artículo 438 del Código de Procedimiento Civil, es decir, contenían una obligación, clara, expresa y exigible y, por ende, constituyen un título ejecutivo. Clara, porque consiste en pagar una suma de dinero por un servicio prestado; expresa, porque está consignado en documentos escritos; exigible, porque no fueron canceladas dentro del mes siguiente a su presentación; provienen del deudor, pues al recibirse por la entidad o empresa obligada al pago, se suscribe por ella.

² Numeral 4° del artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.
³ Numeral 1° del artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.
⁴ Numeral 6° del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

4. Análisis Jurídico y fáctico de las excepciones de mérito.

4.1 En la excepción de pago total de la obligación propuesta, se habla de un acuerdo para la depuración de cartera celebrado extraprocesalmente entre las partes. Este convenio o acta quedó consignado en un documento de fecha 13 de mayo de 2011, suscrito por las partes, del cual hace alusión tanto demandante como demandada y que fue aportado por aquél. En este documento se presenta un resumen de lo acontecido con las 1099 facturas, donde muchas han sido canceladas, otras objetadas, otras glosadas y otras pendientes por responder⁵.

En tal acta de depuración, el Instituto de Neurociencias presentó su relación de cuentas que, comprende el período del 1° de enero de 2009 hasta el 20 de septiembre de 2010. En ésta, señala que por glosa ratificada⁶ hay un valor de \$241.473.00; por glosas pendientes por responder \$81.852.815.00; por glosas pendientes por responder sin soporte \$2.080.452.00; por glosa objetada parcialmente \$67.244.690.00; por facturas glosadas parcialmente \$7.080.388.00; por facturas objetadas \$27.586.870.00; por facturas objetadas sin soporte \$552.466.00; valores cancelados \$295.852.454.00; y facturas pagas sin soporte \$1.739.206.00. Todo lo anterior suma un total de \$484.230.904.00, que corresponde al valor de las pretensiones de la demanda y a las 1099 facturas, aunque no se individualiza cuales facturas están pagadas, cuales objetadas, cuales glosadas, en fin, no se indica nada al respecto, pero como en esa acta existe claridad en cuanto a la cuantía de la obligación y ambas partes se refieren a ese documento invocándolo como prueba, entonces, el despacho lo tomará y valorará como tal.

4.2 En este documento, como se acaba de anotar, las partes en contienda no discriminan por factura, sino que agrupan por valores las pagas, objetadas, glosadas, etc., donde el Instituto de Neurociencias señala que se ha efectuado pagos a la obligación cobrada en este proceso por un total de \$287.591.660.00 (que comprende valor cancelado \$295.852.454.00 más el pago de facturas sin soporte \$1.739.206.00) y, como aspecto más relevante, se observa que la compañía aseguradora no ha cancelado el saldo correspondiente a las demás facturas en razón a que ha presentado objeciones y glosas contra estas, donde algunas no han sido resueltas, otras no fueron concertadas entre las partes, otras han quedado simplemente objetadas.

Esta apreciación está a tono con lo expresado por el propio apoderado de la institución demandante cuando al descorrer el traslado de la excepción de pago total de la obligación, cita tal acta de depuración, con las respectivas relaciones de cuentas de cada parte y manifiesta al finalizar, a folio 3825, que el total pendiente por pagar es de \$186.276.183.00, de donde \$176.884.375.00 corresponde a las glosas en general, \$7.402.194.00 por notas de crédito por confirmar y \$2.192.614.00 corresponde a un error en sistema según Liberty, es decir, está confesando tácitamente que la deuda ejecutada de \$484.230.904.00 sólo

⁵ Ver folios 2504, 2505 y 2506.

⁶ La glosa ratificada son las objeciones en las cuales no se llegó a un acuerdo entre el pagador y el prestador de servicios por lo cual se debe realizar un proceso de conciliación de cuentas.

asciende para esa fecha⁷ a \$188.279.183.00, valor que se tomará como saldo real de la obligación y el cual revela un pago parcial⁸.

Ahora bien, del saldo de \$188.279.183.00, \$176.684.375.00 corresponden a objeciones en general, las cuales representan las inconformidades de la empresa aseguradora contra las reclamaciones consignadas en las facturas y que impiden tenerlas como aceptadas mientras no se resuelva satisfactoriamente tales objeciones; al no haber aceptación, la factura adolece de un requisito indispensable para obrar como título ejecutivo, como antes se dijo. De tal suerte que la suma de \$176.684.375.00 no es exigible por la vía ejecutiva, pues para adelantar la ejecución deben estar debidamente aceptadas las facturas por prestación de servicios en salud, sin ningún reparo pendiente.

Entre tanto, el monto de \$7.402.194.00 son "notas créditos por confirmar". Las notas crédito en materia de contabilidad es un soporte contable mediante el cual la IPS rebaja el saldo a pagar de una factura por parte de la EPS o la compañía aseguradora, porque acepta total o parcialmente la glosa o devolución. En consecuencia, este valor tampoco puede cobrarse ejecutivamente con las facturas. Además, es un asunto sin resolver al decirse "por confirmar".

En cuanto a la suma de \$2.192.614.00 se imputan como error en el sistema de Liberty, lo cual es una diferencia que implica la no aceptación de ese valor por la aseguradora o falta de claridad en la aceptación y, por consiguiente, no es una obligación objeto de reczudo ejecutivo.

Fijando el análisis nuevamente al acta de depuración, tenemos que en las conclusiones se asumen compromisos entre los cuales está que la institución demandante se compromete a descontar de la cartera, los soportes entregados por la aseguradora en ese proceso de depuración; y, además, la aseguradora "le sugiere" a la Clínica responder las 187 facturas que tienen cartas para su definición, estas 187 facturas representan un valor de \$83.933.477.00 en la relación que exhibe la compañía de seguros, quien se compromete a presentar las Notas Crédito faltantes.

4.3 Debe advertirse que hasta ahora lo fehacientemente probado es el pago parcial de \$297.581.660.00 según el acta de depuración del 13 de mayo de 2011, aportada por el mismo demandante y quien solicitó tenerla como prueba de la obligación en su memorial del 30 de mayo de 2011 al decir "Le solicito a su Señoría tener el acta de depuración de cartera firmada el 13 de Mayo de 2011, como documento de prueba de la obligación que se cobra ejecutivamente,...". Mientras que el saldo de \$186.638.244.00 ha sido producto de objeciones, glosas y demás inconformidades que le impiden a las facturas no pagadas por tales conceptos, obrar como título de recaudo ejecutivo.

⁷ La fecha a que se refiere es 30 de agosto de 2011, cuando presentó escrito desconociendo las excepciones.
⁸ Recuérdese que esta confesión del abogado de la parte demandante, hecha al pronunciarse sobre la excepción de pago, constituye plena prueba a la luz del artículo 187 del Código de Procedimiento Civil que establece, "La confesión por apoderado judicial valdrá cuando para hacerla haya recibido autorización de su poderante, la cual se presume para la demanda y las excepciones, las correspondientes contestaciones y la audiencia de que trata el artículo 101."

⁹ Negrillas no son del texto original.

Vale la pena aclarar que en ningún aparte de esta providencia se ha afirmado que el valor de \$186.639.244.00 se haya cancelado por la sociedad SEGUROS LIBERTY S. A., porque eso no se ha demostrado, lo que ocurre es que no puede cobrarse por la vía ejecutiva utilizando como documento ejecutivo las facturas por la prestación de servicios médicos por el Instituto de Neurociencias.

4.4 La compañía ejecutada al alegar el pago total de la obligación aportó una serie de documentos, del estado de las facturas, de las liquidaciones de siniestros, copias de depósitos judiciales, comunicaciones de glosas, entre otros, sin que ninguno de ellos correspondan a comprobantes o recibos de pagos que reflejen la satisfacción del crédito o confesión del acreedor reconociendo el pago, los cuales sin duda fueron elaborados por la propia parte pasiva pero que no permiten establecer si se hicieron efectivos.

En cuanto a los depósitos judiciales al parecer corresponden a una obligación diferente a la cobrada en este asunto, pues es un proceso adelantado en el Juzgado Dieciocho Civil Municipal por la Cooperativa de Ortopedistas y Traumatólogos contra el Instituto de Neurociencias Clínica del Sol con radicación 258-2009.

No obstante, los cheques en copias girados a favor de la entidad demandante si constituyen plena prueba de pago, amén de no haber sido negadas o desconocidas por el actor al descender el traslado de las excepciones ni en ninguna otra etapa del proceso. Estos cheques fueron expedidos por Liberty Seguros S. A. a favor del Instituto de Neurociencias-Barranquilla en el mismo periodo en que se libraron las facturas por los servicios médicos prestados y antes de presentarse la demanda, cuya sumatoria arrojan un total de \$175.701.846.00¹⁰. Pero, como se observa, este valor no demuestra un pago total de la obligación, por cuanto no alcanza a cobijar el monto total de las pretensiones de la demanda que ascienden a \$484.230.904.00, pero se corrobora que los pagos se efectuaron antes de presentarse la demanda.

En el testimonio rendido por KAREN JOHANA PALACIO ROJANO el 27 de marzo de 2012 ante este despacho no puede verificarse el pago total alegado, pues al preguntársele si las reclamaciones de la entidad demandante fueron pagadas, objetadas o están pendientes, respondió que *"Algunas de ellas ya fueron pagadas, otras objetadas y otras con cartas de pendientes, aclaro que esas reclamaciones son aquellas de las cuales la parte demandante en el presente proceso pretende reclamar aportando 1.099 facturas."*¹¹

También es de anotar que después de allegar el acta de depuración de cartera y contestarse las excepciones, no se ha aportado prueba de haberse resuelto satisfactoriamente las objeciones o glosas formuladas a las facturas por parte de la compañía de seguros dentro del mes siguiente ni después, por el contrario, quedaron reconocidas esas objeciones en el traslado de la excepción de mérito de pago total de la obligación.

¹⁰ Los cheques a que se hacen referencia reposan a folios 2550, 2648, 2663, 2674, 2715, 2732, 2751, 2762, 2778, 2783, 2787, 2824, 2843, 2874, 2939, 2962, 2980, 2998, 3003, 3009, 3033, 3043, 3055, 3073, 3088 y 3094 de los cuadernos 2 y 3 del expediente.

¹¹ Testimonio obrante a folios 5529 a 5531 del cuaderno 7 del expediente.

La testigo KAREN PALACIO ROJANO al rendir su declaración se refirió sobre tal aspecto de la siguiente manera "No estamos en mora, a cada una de las reclamaciones se les ha dado respuesta y estamos esperando que la Clínica nos responda por las cartas pendientes y las glosas realizadas."¹²

La Corte Constitucional se ha pronunciado sobre el efecto de las glosas formuladas a las facturas por prestación de servicios médicos, así:

*"Sin embargo, estudiadas las pruebas obrantes dentro del proceso ejecutivo, esta Sala observa que todas las facturas aportadas fueron objetadas o glosadas por la Previsora S.A. y se presenta un debate jurídico sobre la extemporaneidad de las mismas, en consecuencia, no existe claridad sobre la aceptación de las facturas cambiarias por parte de la Compañía de Seguro, tal como lo señalaron los jueces ahora adionados."*¹³

5. Decisión sobre las excepciones de mérito propuestas.

Todo lo anterior conduce a declarar probada la excepción de pago de la obligación, pero en la modalidad "Parcial" y no total, por cuanto lo que se probó fue el pago de \$295.852.454.00. E igualmente, la excepción de "Ausencia de Exigibilidad del Título Ejecutivo" prospera respecto al saldo de \$186.279.183.00 representado en facturas adjuntas a la demanda. Sin necesidad de abordar el estudio de la excepción de "Cobro de lo no Debido", por cuanto las anteriores enervan por completo las peticiones de la demanda, se absolverá a la parte ejecutada y se condenará en costas al actor, cuyas agencias en derecho se fijan en \$14.500.000.00 que equivalen aproximadamente al 3% del valor de las pretensiones negadas en esta sentencia.

Por lo expuesto, el JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: Declarar probadas las excepciones de "PAGO PARCIAL DE LA OBLIGACIÓN" y "AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DEL TÍTULO EJECUTIVO", por las razones expuestas en la parte motiva de la esta sentencia. En consecuencia, absuélvase a la compañía LIBERTY SEGUROS S. A. de las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Ordenar el levantamiento de las medidas cautelares que pesen sobre los bienes de la parte demandada.

TERCERO: Condenar en perjuicios a la parte demandante.

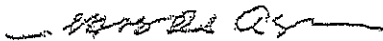
CUARTO: Condenar en costas a la parte demandante. Tásense. Fijar como agencias en derecho la suma de CATORCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L (\$14.500.000.00).

¹² Ver esta cita de la declaración de la testigo a folio 5530 del cuaderno 7.

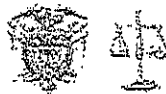
¹³ Sentencia T-286 de 2007 del 19 de abril de 2007 proferida por la Corte Constitucional.

QUINTO: Una vez liquidadas y aprobadas las costas, declárese terminado el presente proceso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE:


BETTY BENVIDES AGUAS
JUEZA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA
SALA PRIMERA DE DECISION CIVIL - FAMILIA

Magistrado Sustanciador: Alfredo de Jesús Castilla Torres

Decisión discutida y aprobada según Acta N° 017

Barranquilla, D. E. F. P. agosto veinte (20) de dos mil catorce (2014)

Corresponde decidir el recurso de apelación interpuesto por el apoderado del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., parte demandante, contra la sentencia proferida el 4 de julio de 2013 por el Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Barranquilla, en el proceso ejecutivo singular promovido por el frente a la aseguradora Liberty Seguros S.A.

ANTECEDENTES

1° Hechos y pretensiones:

El 22 de febrero de 2011 fue presentada para su reparo demanda ejecutiva singular del Instituto de Neurociencias Clínica del Sol Ltda., en contra de la aseguradora Liberty Seguros S.A., mediante la cual se pretende que se dicte mandamiento de pago contra la demandada por la suma global de:

- \$ 484.280.904,00 por concepto del valor de 1009 facturas más los intereses de mora desde que ellas se hicieron exigibles, más las costas del proceso.

Los hechos de la demanda pueden resumirse de la siguiente manera:

- Que las 1009 facturas corresponden a la venta de prestación de servicios de salud por urgencia (Soat-siniestros) a afiliados de la entidad que se comprometió a pagarlos una vez recibidas las facturas, que la demandada recibió las facturas y las firmó como prueba de su aceptación.
- Que los servicios de Urgencia deben ser prestados por todas la entidades en forma obligatoria como lo disponen los artículos 2° de la ley 10 de 1990, 168 de la ley 100 de 1993 y 2° del decreto 412 de 1992, y su prestación no requiere contrato ni orden previa.
- Que a pesar del cobro la demandada se ha negado al pago de las mismas, el pago de los servicios de salud debe hacerse dentro de los (30) días calendario como lo dispone el decreto 046 de 2000, que modificó el 723 de 1997.
- Esta obligación es clara, expresa y exigible ya que consta en documentos que provienen del deudor, gozando de plenas condiciones de certeza y claridad.

¹ Memorial y anexos a Folios 1-2441 de la primera parte del Cuidado Principal de Primera Instancia

constituyendo por tanto plena prueba en su contra, por consiguiente, prestan mérito ejecutivo al tenor de lo dispuesto en el artículo 488 del C.P.C. en concordancia con los artículos 11 y 12 de la Ley 416 de 1998.

2° Actuación Procesal de Primera Instancia

Mediante auto de fecha 2 de marzo de 2011¹, el Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Barranquilla libró mandamiento de pago a favor del ejecutante y en contra de la demandada, por las sumas antes relacionadas. Una vez notificada de ese auto mandamiento de pago, la ejecutada interpuso el recurso de reposición, siendo confirmada dicha providencia el 18 de julio de 2011.²

Luego de lo cual se presenta el memorial de excepciones, donde se formulan las de "Pago total", "Ausencia de Exigibilidad del Título Ejecutivo", "Cobro de lo No debido", de ellas se dio traslado en el auto de agosto 11 de 2011.³

Mediante auto de 13 de febrero de 2012, se ordena la práctica de pruebas. Recibiéndose la declaración de Karen Palacio Rojano.⁴

A través de auto de 9 de mayo de 2012, se concede el término para alegar de conclusión presentando ambas partes los alegatos correspondientes.⁵

La Juez procedió a dictar sentencia de primera instancia el 4 de junio de 2013, decidiendo declarar probadas las excepciones de "Pago Parcial" y "No exigibilidad del Título", ordenar el levantamiento de las medidas cautelares, y condenando al actor al pago de costas y perjuicios. La parte ejecutante interpuso recurso de apelación, el cual le fue concedido en el efecto suspensivo el 26 de junio de 2013.⁶

3° Consideraciones del A Quo:

La A Quo en primer lugar, indica que las atenciones médicas brindadas a los pacientes lesionados en accidentes de tránsito están expresamente reglamentadas en el Estatuto Financiero, decreto 663 de 1993, prestando al estudio de la normatividad del artículo 25 de dicho Estatuto, concluyendo que las facturas aportadas al proceso reúnen los requisitos necesarios para soportar al inicio la orden de pago concedida en el auto mandamiento de

¹ Folios 2448-2467 de la primera parte del cuaderno de primera instancia.

² Folios 2475-2484, 2487-2503, 2506-2508 ídem.

³ Memorial y anexos de la ejecutada a folios 2509-2518, 2520-2521 de la "cuarta" parte, 2522-2523 de la "quinta" parte, 2525-2527 de la "sexta" parte, 2528-2529 de la "séptima" parte del cuaderno de primera instancia, 2530-2531 de la "octava" parte, 2532-2533 de la "novena" parte del cuaderno de primera instancia, 2534 (auto), Memorial y anexos del ejecutante a folios 2535-2537 de la "décima" parte del cuaderno de primera instancia a pesar de estar separados en varios cuadernos, se mantiene la misma foliación.

⁴ Folios 5039, 5040-5041, 5042-5043 de la "décima" parte del cuaderno de primera instancia.

⁵ Folios 5044, 5047-5051, 5052-5057 ídem.

⁶ Folios 5059-5078, 5080-5083, 5084 ídem.

pago, luego procede al estudio de la documentación aportada por las partes en el trámite de las excepciones correspondientes, especialmente la llamada "acta de depuración", indica que ambas partes hacen referencia a esa especie de acuerdo extraprocesal (señalando que aunque allí no se discrimina e identifican las facturas por sus números, sí se advierte que corresponde a la controversia que fue generada por el recibo de la misma suma planteada en este proceso) para concluir de su estudio que una parte de esos valores está cancelado y que sobre el saldo no existe acuerdo entre ellas, por lo que se requiere que se resuelvan las objeciones plantadas al respecto.

Menciona que el apoderado ejecutante al contestar las excepciones reconoce el valor recibido por su poderdante, manifestando un saldo de solo \$186.276.188, lo cual señala como una confesión tácita de dicho apoderado.

Para concluir que está acreditado un pago parcial y que el excedente no presta merito ejecutivo pues está pendiente del estudio y definición de las objeciones de la Compañía demandada, por lo que procede a concluir que con el reconocimiento de esas excepciones es suficiente para no seguir con la ejecución no siendo necesario estudiar la de "cobro de lo no debido".

4º Argumentos del recurrente:

El apoderado del demandante, trayendo a colación el texto de algunas providencias, plantea que la A Qui no debió ponerse a estudiar la llamada Acta de Depuración y extraer conclusiones matemáticas de su contenido, por cuanto que, al presente caso deben aplicarse las normas de los artículos 21 y 23 del decreto 4747 de 2007, señalando que la aseguradora no podía efectuar "objeciones generales".

Indica, que la aseguradora no cumplió los plazos y requisitos establecidos en esa normatividad para glosar las facturas de cobro de los servicios médicos, que siendo esta norma especial prevalece sobre cualquier otra, que las facturas por "urgencias" no requieren ningún tipo de anexos, manifestando que su cliente cumplió con los preceptos de la ley 1231 de 2008, sin que la aseguradora hubiere devuelto las facturas o efectuado el reclamo escrito dentro de los 10 días calendario correspondientes.

4º Actuación Procesal de Segunda Instancia:

Correspondió el estudio del caso a esta sala de decisión, donde fue admitido el recurso y luego concedido el traslado a las partes para alegar mediante autos 9 y 26 de agosto de 2018, recibiendo los memoriales de sustentación de ambos apoderados.

Surrido el trámite pertinente, se procede a resolver sobre el recurso presentado, bajo las siguientes.

CONSIDERACIONES

1° Los procesos de ejecución son aquellos que se adelantan con el fin de hacer efectivos coercitivamente derechos previamente reconocidos, cuando su existencia es cierta e indiscutible, lo cual se realiza mediante la intervención de un juez que obliga al deudor a cumplir la prestación a su cargo o, en su defecto, a indemnizar los perjuicios patrimoniales que su incumplimiento ocasiona.

Dentro de este tipo de procesos, la parte ejecutante debe cumplir con su "carga probatoria" al momento de iniciar el proceso, aportando junto a su demanda los medios documentales necesarios, indispensables y suficientes para demostrar la existencia y exigibilidad de la obligación que pretende ejecutar, es así como el artículo 488 de nuestro Estatuto Procesal Civil, en forma expresa exige que para que se pueda ejecutar judicialmente una determinada obligación, es carga del demandante aportar junto a su demanda, uno(s) anexo(s) donde conste la existencia de unas obligaciones contractuales por el demandado y que las mismas reúnan los requisitos de ser "*expresas, claras y exigibles*" y que estén incorporadas en documentos que provengan del mismo deudor o hubiere sido suscritos por él.

En ese orden de ideas, el documento que contiene o acredita la obligación debe provenir del deudor o de su causante; significa lo anterior que, en principio, la persona demandada debe ser quien elaboró o suscribió el documento, llamado título ejecutivo, pero esa persona ha podido fallecer entonces pueden ser demandados los herederos, y es por eso que la ley no solo habla del deudor sino del causante.

Mal entonces se puede ejecutar o hacer cumplir unas obligaciones que se expresen en documentos que NO fueron elaborados o suscritos por el deudor, es decir que no provengan de él, ni tampoco obligaciones que el deudor no hubiere consentido o cuando en el documento aportado no aparece su aceptación, en el caso en que tal instrumento hubiera sido elaborado unilateralmente por el acreedor, en cumplimiento de las normas legales que autorizan este tipo de conducta.

Tal requisito no se puede suplir con el simple cargo o con la mera entrega por parte del alegado acreedor de unas facturas elaboradas unilateralmente por él al ahora demandado, a menos que se acredite que existen unas determinadas normas legales que reglamentando el contenido de tales documentos contengan la autorización correspondiente.

Tampoco puede librarse o mantenerse el mandamiento de pago, cuando al leerse los referidos documentos no pueda determinarse los precisos parámetros de la obligación o su exigibilidad; situación entonces en la cual estos documentos por sí solos no cumplen con las exigencias legales para poder ser considerados, un título de recaudo ejecutivo.

Sin el cabal cumplimiento de esta carga probatoria por parte del actor ejecutante no es posible que se ordene el cumplimiento de la obligación en la forma en que fue solicitada.

2º En el caso presente, la sociedad Instituto de Neumocientías (Inia del Sol Ltda.), pretende el recaudo ejecutivo frente a la aseguradora Liberty Seguros S.A., en acumulación de pretensiones, de 1999 facturas que señala que corresponden a la venta de prestación de servicios de salud por urgencia, empresa reconociendo que corresponden a siniestros del Soat (Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito) ¹⁰⁰⁻¹⁰⁰, y limitando, ahora, en el contexto de sus memorial de interposición del recurso ante la A Quo y de alegatos de segunda instancia, su ineficacia al planteamiento que al caso presente deben aplicarse las normas de los artículos 167 y 168 de la ley 100 de 1993, las del decreto 4747 de 2007 con relación al cobro de facturas de salud a las Empresas Promotoras de Salud y las de la ley 1281 de 2008 donde la ejecutada no cumplió con su carga de objetar o rechazar dentro de los plazos señalados por las mismas las valoras, indica que las facturas anexadas cumplen con los presupuestos del artículo 488 del Código de Procedimiento Civil, transcribiendo y anexando las copias de unas providencias que en su sentir explican o respaldan sus argumentos.

2.1º En el presente caso se aceptó iniciar el trámite del proceso y librar mandamiento de pago sin que el ejecutante aportara el certificado de existencia y representación de la sociedad demandada, a pesar de que en el memorial de demanda no se explicita en forma concreta y específica el por qué se solicita dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 2º del artículo 78 del Código de Procedimiento Civil, donde la aseguradora demandada allegó al expediente el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, del cual puede extraerse que la sociedad demandada no es una Empresa Promotora de Salud (EPS), sino una entidad financiera del ramo de seguros ¹⁰⁰⁻¹⁰⁰.

Esta naturaleza jurídica y económica de la entidad demandada y de cuáles son las actividades a las cuales puede y se dedica la misma impide aplicar a tal entidad las normas que regulan expresamente las características, funciones, obligaciones y responsabilidades de una compañía de ese tipo Empresa Promotora de Salud del sector salud. Adicionalmente a ello, si bien es cierto que las personas lesionadas en accidentes de tránsito normalmente ingresan a los centros de atención médica por las Salas de Urgencia, los servicios médicos prestados a estas personas dentro de la cobertura legalmente asignada al Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (Soat) va más allá, de la simple e inmediata atención médica de "urgencia" ¹⁰⁰⁻¹⁰⁰, algunos de los documentos allegados facturan gastos de traslado del paciente.

¹ Folio 8 del memorial de demanda.

² Folios 26, 2466, 2477-2478 de "primera" parte del cuaderno principal de primera instancia.

³ Artículo 198 del decreto 663 de 1993, "Aspectos Específicos relativos a la Póliza".

1. Coberturas y cuantías. La póliza incluye las siguientes coberturas:

a. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones con una indemnización máxima de quinientos (500) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente;

b. Incapacidad permanente, entendiéndose por tal la prevista en los artículos 200 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 contemplados en las tablas respectivas;

c. Muerte de la víctima como consecuencia del accidente, siempre y cuando ocurra dentro del mes siguiente a la fecha de éste, en cantidad equivalente a sesenta (60) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente;

d. Gastos Fúnebres, si la muerte ocurre como consecuencia del accidente, de hasta el tipo señalado en la

Si se observan los textos de los artículos 167 (párrafo 1º) y 168 de la Ley 100 de 1993, se advierte que el primero, hace relación a las atenciones médicas y demás prestaciones derivadas de la existencia de una cobertura de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito frente a los eventos de esa específica naturaleza indicando que los gastos de su atención corresponden a las compañías de seguros que expiden las pólizas correspondientes y el segundo que habla de mera atención de "urgencia" con base en cualquier tipo de acontecimiento, indica que esos pagos corresponden a la Empresa Promotora de Salud a la cual esté afiliado el paciente.

ARTÍCULO 167. RESCOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, hospitalización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO 1º. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta Ley.

ARTÍCULO 168. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

Por su parte el referido decreto 4747 de 2007, (Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones para reglamentar el ámbito de su aplicación señala:

"Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:

a. **Prestadores de servicios de salud:** Se considerarán como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentran habilitados.

b. **Entidades responsables del pago de servicios de salud:** Se considerarán como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud

letra anterior, con una indemnización máxima de ciento cincuenta (150) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente, y

e. **Gastos de transporte y movilización** de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y provisión social de los suscriptores oficial y privado del sector salud, en cantidad equivalente a diez (10) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente, - posteriormente al tenor de este artículo del año 1992, se han expedido otras normas que han ido variando las coberturas y sus topes máximos.

de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas por omisión y las administradoras de riesgos profesionales.”

En ese orden de ideas no siendo la entidad aseparada una “Entidad responsable del pago de servicios de salud” y al no tratarse de cualquier tipo de prestación de servicios de urgencia, sino el reclamo a una aseguradora de los costos generados por la cobertura de las pólizas de Sonal expedidas por esta, no puede aplicarse a la misma y por ende a la presente controversia las normas especiales que regulan a cargo de las Empresas Promotoras de Salud el pago de las cuentas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por la atención de emergencias dentro del marco general de la Seguridad Social en Salud, sino las normas especiales que regulan tal actividad dentro del marco específico del régimen del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, especialmente las establecidas en los artículos 192 a 200 del decreto 663 de 1993 y de las normas posteriores que las hubieran modificado o adicionado tal disposición, complementados sus varios con “las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Decreto”, como lo señala el numeral 4º del referido artículo 192 de ese Estatuto Financiero.

Por ello, tampoco, son aplicables al caso concreto, las normas de la ley 1231 de 2008 dentro del Código de Comercio puesto que ellas son de carácter general y se aplican a las ventas y servicios que no tengan una norma especial que los regule, ni los criterios que aparecen en las providencias allegadas en y con los memoriales de sustentación que se fundamentan en que los casos allí estudiados se tratan de servicios de salud prestados en situaciones de urgencias.

Por lo que no es del caso el entrar a averiguar si la aseguradora no devolvió las facturas o no formuló carta escrita de rechazo o de glosas dentro de los plazos establecidos por la ley 1231 de 2008 o por el decreto 4717 de 2007.

2.2º) A las fechas en que se elaboraron las facturas allegadas al expediente se encontraba vigente, la modificación implementada al decreto 663 de 1993 por el decreto 3830 de 2007, siendo ésta una norma especial para lo referente al Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, (Por el cual se reglamenta la Subsección del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Sonal, y se dictan otras disposiciones).

Se entiende por “entidad aseparada” de conformidad con lo establecido en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993 y el decreto 1800 de 1995 “De las Cajas, Fondos y Fondos de Seguros Social del Sector Público, Empresas y Entidades Públicas, Las cajas, fondos y entes de seguridad social del sector público, empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que con anterioridad a la fecha de vigencia de la presente Ley prestaban servicios de salud o amparan a sus afiliados riesgos de enfermedad general y maternidad, tendrán dos años para transformarse en empresas promotoras de salud, adaptarse al nuevo sistema o para efectuar su liquidación, de acuerdo con la reglamentación que al respecto expida el Gobierno Nacional.”

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

Así el literal a) del numeral 1° "Beneficiarios" en" del artículo 1° de ese decreto "Definiciones" señala que las IPS que han prestado los servicios médicos a las víctimas de los accidentes de tránsito adquieren frente a la aseguradora la calidad de beneficiarias para reclamar los valores de esos servicios.

Los artículos 3° y 1° del mismo regula la necesidad de los formalismos y documentos anexos, que entre otras personas, las IPS que se consideran beneficiarias deben presentar para "reclamar" la indemnización correspondiente, donde no basta el mero elaborar de una factura de cobro sino el anexo de una serie de documentos que acrediten la existencia y cuantía del siniestro correspondiente, indicando:

"Quiénes ocuren con archivo para reclamar deberán presentar la reclamación en los formularios establecidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social, acompañados, según sea el amparo afectado, de los anexos señalados mas adelante"

Artículo 4°. *Reclamación.* Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, deberán acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, para lo cual podrán utilizar cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley, siempre que sean conducentes, pertinentes e idóneos para demostrar efectivamente los hechos a los que se refiere dicha reclamación eslabonada por los formularios adoptados por el Ministerio de la Protección Social, acompañados de los documentos correspondientes a cada cobertura, en original o copia autenticada, según el caso"

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

Siendo ello que genera el reconocimiento de la excepción que la aseguradora denominó "Ausencia de Plausibilidad del Título Ejecutivo" frente a todas y cada una de las facturas acompañadas a este expediente, y siendo ello suficiente para no ordenar seguir adelante la ejecución considera esta Sala de Decisión que es inconducente enviar al análisis de la otra

"Es la persona natural o jurídica que acredita su derecho para obtener el pago de la indemnización, de acuerdo con las coberturas otorgadas en la póliza o establecidas en la ley."

excepción de "Pago Parcial", razón por la cual se modificara, en lo pertinente, la sentencia de primera instancia.

II

El artículo 19 de la ley 1395 de 2010 que entró en vigencia a partir del 12 de julio de dicho año modificó la oportunidad procesal para fijar las Agencias en derecho dentro del trámite de la liquidación de las Costas, estableciendo en el nuevo numeral 2° del artículo 392 del Código de Procedimiento Civil que las mismas han de señalarse en la sentencia que imponga la condena y no en auto separado.

Las Agencias en Derecho es un factor que forma parte de la liquidación de Costas y para su tasación el Juez debe tener en cuenta, lo establecido en el numeral 3° del artículo 393 del Código de Procedimiento Civil, reformado por el decreto 2282 de octubre 7 de 1989, y posteriormente por la ley 794 de 2003, y el Acuerdo N° 1887 del 26 de junio de 2003, de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura, que estableció las tarifas de agencias en derecho, ordenando, en su ítem "1.8 de su artículo 6", en lo relativo a los procesos ejecutivos:

"Hasta el cinco por ciento (5%) del valor del pago confirmado o revocado total o parcialmente en la respectiva providencia; si, además, la ejecución ordena o niega el cumplimiento de obligaciones de hacer, se incrementará en un porcentaje igual al que fije el juez".

En el caso presente, ha de condenarse en costas a la demandante recurrente al no revocarse la decisión del A Quo, para lo cual se señala la suma de \$ 2.500.000,00.

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

RESUELVE

1. Modificar el numeral 1° de la sentencia proferida el 4 de julio de 2013 por el Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Barranquilla, por las consideraciones antes anotadas, el cual quedará así:
"1°) Declarar probada la excepción de Ausencia de Ejecutividad del Título Ejecutivo por las razones expuestas en la parte motiva de esta sentencia. En consecuencia absuélvase a la compañía Liberty Seguros S.A. de las pretensiones de la demanda."
2. Confirmar los numerales 2°, 3° y 4° de la mencionada sentencia, salvo el monto de las agencias en derecho, a lo cual el A Quo deberá darle el trámite establecido en el artículo 393 del Código de Procedimiento Civil.

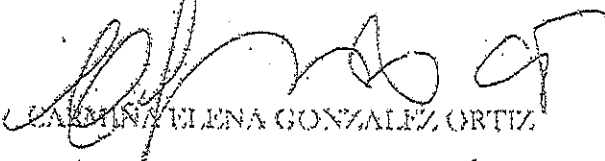
"2. La condena se hará en la sentencia o auto que resuelva la acción que dio lugar a la condena. En la misma providencia se fijará el valor de las agencias en derecho a ser incluidas en la respectiva liquidación."

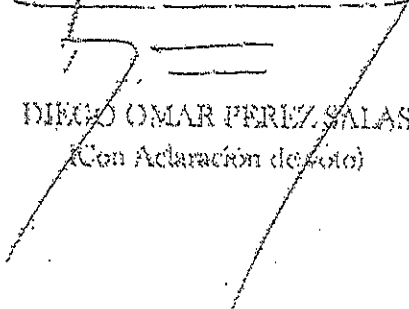
3. Condenase en costas de segunda instancia a la parte demandante, las que se liquidaran por Secretaría. Para esos efectos se señala como "aguardias en derecho" para incluir en las mismas la suma de \$2.500.000.00.

En firme esta providencia y concluido el trámite de la liquidación de Costas, remítase lo actuado al Juzgado de Origen.

Notifíquese y cúmplase:


ALFREDO DE JESÚS CASTILLA TORRES


CAROLINA ELENA GONZALEZ ORTIZ


DIEGO OMAR PEREZ SALAS
(Con Aclaración de oficio)

**TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA
SALA SEGUNDA DE DECISIÓN CIVIL - FAMILIA.**

Barranquilla, Agosto Diecinueve (19) de Dos Mil Dieciséis (2016).-

**MAGISTRADA SUSTANCIADORA: DRA. CARMINA GONZALEZ ORTIZ.-
APROBADA EN ACTA No. 050-A.-**

Procede la Sala Segunda de Decisión Civil - Familia, del Tribunal Superior Distrito Judicial de Barranquilla, a resolver el recurso de Apelación interpuesto por la parte demandada contra el numeral 1º de la Sentencia de fecha Agosto 12 de 2015, proferida por el Juzgado Octavo Civil del Circuito de esta ciudad, dentro del proceso EJECUTIVO SINGULAR promovido por el INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA contra la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.-

ANTECEDENTES

Ante el JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO de esta ciudad, se dio inicio al proceso EJECUTIVO SINGULAR promovido por el INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA contra la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., con el fin de que:

Se librase Mandamiento Ejecutivo a favor del demandante y contra la demandada, por la suma de \$179.864.213, por concepto de capital, más los intereses causados desde que se hicieron exigibles y hasta que se verifique su pago sin que estos excedan el límite legalmente establecido.-

Condenar en costas a la entidad ejecutada.-

En Marzo 5 de 2013, se procedió a librar mandamiento de pago; la compañía demandada, se notifica personalmente, a través de Apoderado Judicial, el 22 de Marzo de 2013, interponiendo recurso de reposición contra el Mandamiento de Pago, recurso que fue resuelto el 17 de Septiembre de 2013, manteniendo en firme la decisión; a su vez propone las excepciones de mérito de PAGO TOTAL DE LA OBLIGACIÓN; AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DEL TÍTULO EJECUTIVO; PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN; Y COBRO DE LO NO DEBIDO; en Octubre 10 de 2013, se ordena dar traslado a la parte demandante de las excepciones de mérito presentadas por la parte demandada; en Marzo 7 de 2014, se abre a pruebas el proceso; en Mayo 27 de 2015, el Juzgado Octavo Civil del Circuito de esta ciudad, avoca el conocimiento del presente proceso; en Julio 21 de 2015, ordena alegar de conclusión; y en Agosto 12 de 2015 se profiere sentencia, en la cual se declaran no probadas las excepciones de mérito de Pago Total de la Obligación y Ausencia de Exigibilidad del título ejecutivo, se declara probada la excepción de prescripción ordenándose la terminación del proceso; decisión contra la cual las partes interponen recurso de apelación, el cual es concedido en Septiembre 15 de 2015.-

FUNDAMENTOS DEL A-QUO

El Juez A-quo hace un análisis del mérito ejecutivo de los documentos que aporta el demandante y señala que frente a si nos encontramos a facturas que por sí solas prestan mérito ejecutivo conforme a lo dispuesto en la Ley 1231 de 2008, o si se requería constituir título ejecutivo complejo con base en las disposiciones que regulan las reclamaciones originadas en contratos de seguros en general, así como las que en forma específica regulan la materia frente a reclamaciones originadas en el SOAT, existe pronunciamiento previo a nivel horizontal que impiden entrar a estudiar nuevamente el asunto relativo a si las facturas prestan o no mérito ejecutivo, incluso en el ejercicio del control oficioso, por cuanto éste fue ejercido al desatar el recurso de reposición, por lo que declara no probadas las excepciones de Pago Total de la Obligación y Ausencia de exigibilidad del título ejecutivo.-

Por lo que consideró que sólo le competía estudiar lo referente a la excepción de prescripción, determinando que las facturas aportadas tienen como fecha de vencimiento entre el 5 de Junio de 2008 y el 23 de Octubre de 2009, por lo que las últimas facturas se vencían el 29 de Noviembre de 2009 y los tres años se cumplían a más tardar el 23 de Noviembre de 2012 y al ser presentada la demanda el 25 de Enero de 2013, resulta claro que la acción cambiaria se encontraba prescrita, por lo que declara probada esta excepción y decreta la terminación del proceso.-

FUNDAMENTOS DEL RECURSO

PARTE DEMANDANTE: Alega que nos encontramos ante la existencia de documentos (facturas) que prestan mérito ejecutivo por lo cual la acción ejecutiva impetrada se soporta en el artículo 2536 del Código Civil, prescripción de la acción ejecutiva y ordinaria, que son de 5 y 10 años. Así mismo que la prescripción declarada probada, no fue la alegada por la parte demandada.-

PARTE DEMANDADA: Alega que las facturas que pretende exigir el demandante a través de este proceso, por si solas no prestan mérito ejecutivo, pues la ley establece unos procedimientos y requisitos especiales para formalizar la reclamación y en virtud de ello, proceder a su cobro, procedimientos que no cumplió la entidad ejecutante, al no allegar los documentos necesarios que acreditaran el título ejecutivo complejo, ni mucho menos los que acreditaran que se efectuó la reclamación a la aseguradora, en los términos del Decreto 3990 de 2007, por lo que solicita se declare probada la excepción de Ausencia de Exigibilidad del título ejecutivo.-

CONSIDERACIONES

El artículo 488 del C. de P.C dispone:

"ART 488.- TÍTULOS EJECUTIVOS. Pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante y constituyan plena prueba contra él, o las que emanen de una sentencia de condena proferida por juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial

CODIGO UNICO DE RADICACIÓN: 08-001-31-03-011-2013-00160-01-
RADICACIÓN INTERNA: 39.426.-

que tenga fuerza ejecutiva conforme a la ley, o de las providencias que en procesos contenciosos - administrativos o de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia.

La confesión hecha en el curso de un proceso no constituye título ejecutivo, pero sí la que conste en el interrogatorio previsto en el artículo 294.-

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

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

El artículo 497 del C. de P.C. dispone:

"ARTÍCULO 497. MANDAMIENTO EJECUTIVO. Presentada la demanda con arreglo a la ley, acompañada de documento que preste mérito ejecutivo, el juez librará mandamiento ordenando al demandado que cumpla la obligación en la forma pedida si fuere procedente, o en la que aquél considere legal.

Los requisitos formales del título ejecutivo sólo podrán discutirse mediante recurso de reposición contra el mandamiento de pago. Con posterioridad, no se admitirá ninguna controversia sobre los requisitos del título, sin perjuicio del control oficioso de legalidad."

Teniendo en cuenta la norma anterior, y en aplicación del control oficioso de legalidad, se procederá a estudiar en primer lugar los requisitos formales del título ejecutivo para librarse el mandamiento de pago de fecha Marzo 5 de 2013.-

A la presente demanda se anexaron 230 facturas de venta de servicios de salud por urgencia con ocasión de la atención por urgencias (SOAT-siniestro) las cuales deben ser canceladas por la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.-

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

"ARTÍCULO 195. ATENCION DE LAS VICTIMAS.

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

Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales, de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su

caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990.

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

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

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

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

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

El Tratadista NELSON R. MORA G. en su libro Procesos de Ejecución, Tomo I, expresa:

"LA OBLIGACIÓN DEBE SER EXPRESA.

- I. **Concepto.** - Expresa, del latín *expressio, expressus*, que significa declarar precisamente lo que se quiere dar a entender. El documento debe contener una obligación expresa, es decir, debe expresarse en él, sea en el escrito donde se encuentra consignada la obligación, sea oralmente, cuando se trata de documentos que permiten esa modalidad como la cinta magnetofónica, el video tape, el disco, o las películas cinematográficas con sonido, el contenido y alcance de la obligación, las partes vinculadas y los términos en que la obligación se ha estipulado."

"CLARIDAD EN LA OBLIGACIÓN

- I. **Concepto general.** - La claridad, del latín *claritas*, hace relación especialmente al aspecto nooseológico y consiste en que la obligación sea fácilmente inteligible, que no sea equívoca, ni confusa, y que únicamente pueda entenderse en un solo sentido."
- II. **Características.** - Las características de la claridad son las siguientes, respecto de la obligación: la **inteligibilidad**, es decir, que la redacción esté estructurada en forma lógica y racional; la **explicitación**, o sea, que lo expresado por cada uno de los términos consignados en el documento indiquen en forma evidente el contenido y alcance de la obligación. La **precisión o exactitud**, para significar que tanto el objeto de la obligación (en cuanto a su número, cantidad, calidad, etc) como las personas que intervienen, estén determinados en forma exacta y precisa. Conforme a lo anterior, el objeto de la obligación debe estar expresado en forma exacta y precisa; las partes vinculadas por la obligación han de estar claramente

determinadas e identificadas, debe existir certidumbre respecto del plazo y, finalmente, estar determinada la cuantía o monto de la obligación o que esta sea claramente deducible.

Por consiguiente, la obligación no será clara cuando los términos sean confusos o equivocados; cuando exista incertidumbre respecto del plazo o de la cuantía, y cuando la relación lógica sea contradictoria o ambigua; en estos casos, el título no presta mérito ejecutivo.

III. Conclusión.- Conforme a las categorías antes enunciadas, la claridad debe entenderse del título ejecutivo, sin que se requiera acudir a razonamientos u otras circunstancias aclaratorias que no estén consignadas en el título o que no se desprendan de él; es decir, que el título sea inteligible, explícito, preciso y exacto, y que, aparentemente, su contenido sea cierto, sin que sea necesario recurrir a otros medios de prueba.”-

“LA EXIGIBILIDAD

I. Naturaleza. Del latín *exigere*, la exigibilidad significa que la obligación puede pedirse, cobrarse o demandarse. La obligación es exigible cuando válidamente puede pedirse o demandarse su cumplimiento al deudor. Dos hechos impiden la exigibilidad de la obligación: el plazo y la condición. El plazo es la época que se fija para el cumplimiento de la obligación.

II. Otra eventualidad que impide la exigibilidad de la obligación es la condición. El art. 1530 del Código Civil dice que es obligación condicional la que depende de una condición, esto es, de un acontecimiento futuro que puede suceder o no. La condición, en cuanto puede suceder o no, es incierta. La condición suspende el cumplimiento de la obligación hasta que se produzca el advenimiento del hecho.”-

Determinado lo anterior, nos encontramos frente a un título ejecutivo complejo, que debe reunir los requisitos exigidos en el artículo 488 del C. de P.C., de ser expreso, claro y exigible y al respecto se tiene que de acuerdo a la normatividad anterior, en tratándose del cobro por la prestación de los servicios de salud prestados a los pacientes atendidos por urgencia con ocasión del acaecimiento de accidentes de tránsito, la Entidad Prestadora de Salud, deberá presentar ante la Aseguradora la reclamación correspondiente junto con los comprobantes necesarios para ello y la aseguradora dentro del mes siguiente al recibo de la reclamación deberá pagar, o si la aseguradora lo encuentra pertinente dentro de dicho plazo objetará la reclamación.-

De la documentación allegada con la demanda, no aparece acreditado que el INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICA DEL SOL LTDA, haya presentado ante la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. la reclamación correspondiente aparejada de la documentación necesaria para ello, para efectos de demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, ya que esta es el primer paso que debe cumplirse para efectos de reunirse el requisito de exigibilidad de acuerdo al artículo 488 del C. de P.C., por cuanto una vez presentada la reclamación, la compañía aseguradora tiene un mes para:

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

Si la compañía aseguradora no cancela ni objetar la reclamación, así como si al objetar no lo hace de manera seria y fundada, en ese momento se se inicia la exigibilidad del título y por ende procede, por parte de la Entidad Prestadora de

Salud iniciar el proceso ejecutivo, al quedar conformado el título ejecutivo complejo, necesario para ello.-

Por tanto, al no allegarse con la demanda la reclamación presentada, aparejada de los documentos que demuestren la ocurrencia del siniestro y la cuantía del mismo, de acuerdo a lo establecido en el numeral 3º del artículo 1053, en concordancia con el artículo 1077 del C. de Comercio, no existe título ejecutivo, tal y como lo exige el artículo 488 del C. de P.C., para haberse librado mandamiento de pago, por lo que no procede seguir adelante la ejecución, y por ende no hay lugar a pronunciarse acerca de las excepciones de mérito presentadas por la parte demandada, y sobre los fundamentos de los recursos interpuestos por las partes, por lo que en este sentido se ha de modificar el proveído impugnado.-

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

RESUELVE:

PRIMERO: MODIFICAR la sentencia de fecha Agosto 12 de 2015, proferida por el Juzgado Octavo Civil del Circuito de esta ciudad, la cual quedará así:

1º) No seguir adelante la ejecución contra la demandada COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.-

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

3º) Condenar en costas y perjuicios al INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLINICA DEL SOL LTDA, por esta Ejecución. Tásense.-

4º) Fijese en suma equivalente al 10% del valor del pago ordenado, esto es, en \$17.986.421.30, las agencias en derecho a cargo del Ejecutante y a favor de la parte Ejecutada.-

SEGUNDO: Sin costas en esta instancia.-

TERCERO: Ejecutoriado este proveído, remítase el expediente al Juzgado de origen.-

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,

CARMIÑA GONZÁLEZ ORTIZ

DIEGO OMAR PÉREZ SALAS

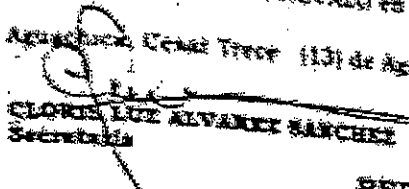
Salvamento de Voto

GUIONAR PORRAS DEL VECCHIO

106

Constatando Al despacho de la señora Jura el presente proceso, informándole que se encuentra pendiente por resolver el recurso de reposición interpuesto por la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A en su calidad de parte demandada dentro del presente proceso, así mismo se encuentra pendiente por resolver una solicitud de fijación de caución para levantamiento de medidas cautelares y por último tiene una demanda de acumulación instaurada por el Doctor GIOVANEL PACHECO AREVALO en su calidad de apoderado de la parte demandante

Aguachica, Cesar Trece (13) de Agosto de Dos Mil Diecinueve (2019)


CLORIS LUX ALVAREZ SANCHEZ
Secretaría

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



DISTRITO JUDICIAL DE AGUACHICA
JUZGADO PRIMERO PROMISCO MUNICIPAL
AGUACHICA - CESAR

Aguachica, Cesar Trece (13) de Agosto de Dos Mil Diecinueve (2019)

PROCESO: EJECUTIVO DE MINIMA CUANTIA
DEMANDANTE: CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA
DEMANDADO: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A
RADICADO: 2018-00381

Entró el despacho a decidir el recurso de reposición interpuesto por la Dra OLGA MARIA PEREZ ORELLANOS, en su calidad de apoderada de la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A, en contra de la decisión proferida por este despacho el día 13 de febrero de 2019, que libró mandamiento de pago en contra de su prohibida.

ANTECEDENTES

El día 12 de diciembre de 2018, correspondió por reparto a esta agencia judicial, la demanda ejecutiva promovida por la CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA, en contra de LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., demanda sobre la cual se libró mandamiento de pago el día 13 de febrero de 2019.

El día 06 de marzo el Dr CARLOS BUENO CARRASCAL, se notificó personalmente del auto que libró mandamiento de pago en contra de la COMPAÑIA DE MUNDIAL DE SEGUROS S.A, previa autorización mediante poder otorgado por la apoderada de la parte demandada.

A través de escrito recibido el día 11 de marzo de 2019, la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A interpone recurso de reposición en contra del auto que libró mandamiento de pago en su contra argumentando lo siguiente:

Dice la recurrente, que la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A, no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil, para la prestación o venta de servicios médicos con la parte demandante, ni con ninguna otra institución del país y que las facturas aportadas como títulos ejecutivos presentadas por la parte demandante, corresponden a reclamaciones por atención en pacientes en lo relacionado con el Seguro Obligatorio de daños corporales causados a personas en accidente de tránsito (SOAT).

Manifiesta que el trámite para reclamar está contenido en el EOSF Decreto 056 de 2015, que en su artículo 165 numeral 4 plasma que: la acción para

reclamar de los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras y que una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación

Seguidamente la parte demandada trae a colación lo referente a los documentos que se deben aportar para las reclamaciones según lo contenido en la ley en referencia.

Así mismo esboza que la Superintendencia Financiera de Colombia a través de la Circular Externa No. 052 de 2002, que modificó el Capítulo Segundo numeral 3.1.4.4. de la Circular Externa No. 007 de 996-1 Básica Jurídica, reguló la presentación de las reclamaciones para el SOAT y allí amplió y mencionó cuales eran los documentos necesarios para presentar la mencionada reclamación dependiendo el amparo y trajo a colación la siguiente cita:

1.- Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones aseguradas deben presentar la respectiva reclamación a la entidad aseguradora y acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, si fuere el caso (artículo 1077 C. Com.). Para determinar el valor de la indemnización por incapacidad permanente es obligatorio aportar el certificado o dictamen expedido por las juntas de calificación de invalidez. Para las demás coberturas pueden utilizarse cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley, siempre y cuando el escogido sea conducente, pertinente e idoneo para demostrar los hechos. Los siguientes documentos se considerarán pruebas suficientes, según la clase de amparo afectado: a. La verificación expedida por el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario, para demostrar la ocurrencia del accidente de tránsito. b. Los registros civiles o las pruebas supletorias del estado civil previstas en la ley, para probar la muerte y la calidad de causahabiente. Si la víctima vivía en unión libre, debe presentarse la manifestación del interesado. c. Para los gastos funerarios, el certificado de defunción expedido por el registro o el acta de levantamiento del cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente y la correspondiente certificación de pago a la funeraria expedida por la entidad que presta los servicios. d. La constancia de la efectiva realización y movilización de las víctimas resultantes del accidente de tránsito, para probar los gastos por transporte al centro asistencial. (...)

Tras a colación lo establecido en los artículos 1053 y 1080 del Código de Comercio que rezan:

- 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 acompañada 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 las circunstancias en la demanda (...). (Subrayas y negritas fuera de texto)

Arguye que según lo manifestado por la Doctrina, la ejecución de la póliza opera a título de sanción por la inoportunidad en la objeción siempre y cuando reúna unos requisitos los cuales son: 1. Que se haya presentado una reclamación, acompañada de los comprobantes que permiten acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en los términos del artículo 1077 del C. de Co., pues a partir de la formalización del reclamo empieza a correr el término puro que la aseguradora reconozca el valor asegurado u objete la misma. 2. Que la objeción no sea objetada de manera seria e infundada

107

y 3: La no objeción a la reclamación dentro del término legal para ello, término que se computa una vez radicada la reclamación con los comprobantes que acrediten la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

Considera, que la entidad demandante induce a error al despacho, pues dichas facturas se presentan en escrito de demanda como títulos valores simples, de forma aislada, como si se tratasen de obligaciones uniformes que reposan en un título valor que con su simple aceptación presta mérito ejecutivo, desconociendo la calidad de título ejecutivo complejo.

Con respecto a lo anterior concluye que la demanda carece de los demás documentos que conforman la reclamación, pues como podrá observarse, en los anexos de la misma, el apoderado de la entidad demandante, solo aporta facturas de venta, y omite hablar de documentos que acompañen las facturas y que pudieren conformar el título ejecutivo complejo necesaria para cumplir con lo exigido en el artículo 1053 del Código de Comercio, como son, entre otros, 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. 2. Epícrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos, 3. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. 4. Certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito o la correspondiente denuncia de/a ocurrencia del evento ante las autoridades competentes. Dichos requisitos no son un capricho del asegurador, sino el cumplimiento de una disposición legal contenida en el Decreto 3990 de 2007 y Decreto 056 de 2015.

Significa entonces, que NO SE CONFORMÓ EL TÍTULO EJECUTIVO NECESARIO PARA INICIAR ESTE TIPO DE ACCIÓN EJECUTIVA, al no ser aportados los documentos que conformaran el título ejecutivo complejo, por lo cual el mandamiento de pago no debió haber sido proferido.

En otro sentido manifiesta que no existe una obligación clara expresa y exigible por no derivarse las facturas de un contrato verbal al respecto trae a colación lo establecido por el artículo 1 que modificó el artículo 772 del Decreto 410 de 1971 del Código de Comercio establece que no podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito.

Dice que en el presente caso la entidad demandante pretende por esta vía, realizar cobro de facturas de venta, por supuesta prestación de servicios médicos, prestados supuestamente a afiliados de LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., pero tenemos que la prestación de esos servicios médicos, no son derivados de acuerdo o contrato que haya sido celebrado entre la CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S. y LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Aduce que las facturas presentadas no reúnen los requisitos legales, según lo establecido por el artículo 3° de la ley 1231 de 2008 ya que las mismas deben contener:

1 La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 573. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguientes a la emisión.

2 La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla se aún lo establecida en la presente ley

3. El emisor vendedor o prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura.

No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura.

En todo caso, todo comprador o beneficiario del servicio tiene derecho a exigir del vendedor o prestador del servicio la formación y entrega de una factura que corresponda al negocio causal con indicación del precio y de su pago total o de la parte que hubiera sido cancelada. La omisión de requisitos adicionales que establezcan normas distintas a las señaladas en el presente artículo, no afectará la calidad de título valor de las facturas. Subraya fuera de texto

Por lo anterior concluye que las facturas de venta aportadas como título ejecutivo por la entidad demandante, carecen de calidad de título valor, por cuanto las mismas adolecen de aceptación, toda vez que en el cuerpo de las mismas no aparece la indicación del nombre o identificación o firma de la persona encargada de recibirla, requisito sine qua non, para tener el carácter de título valor.

En consecuencia solicita que esta agencia judicial, REVOQUE el auto de fecha 13 de febrero de 2019, por medio del cual se libró mandamiento en contra de la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. y en su lugar se abstenga de librar orden de pago.

El día 17 de julio de 2019, se corrió traslado por secretaría del recurso interpuesto sobre el cual, el Doctor GIOVANEL PACHECO AREVALO, dio contestación el día 22 de julio de 2019, manifestando lo siguiente:

Dice que en cuanto a la existencia del título ejecutivo la presente demanda se interpuso debido a que en la CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S., se prestaron unos servicios de salud derivados de la obligación legal que tiene esta IPS, con las víctimas de accidentes de tránsito y a su vez de la relación contractual que tiene la aseguradora al expedir pólizas SOAT, por lo cual se genera la obligación a cargo de la parte ejecutada de pagar los servicios de salud prestados por esta IPS.

Por tal razón se allegaron las facturas de venta como títulos ejecutivos, capaces de obligar por la vía del proceso de ejecución el pago inmediato de las sumas de dinero, de ahí deriva la relación jurídica negocial entre la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. y la CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S.

En cuanto la exigencia que hace la aseguradora conforme a lo establecido en el decreto 056 del 2015, le recuerda a la parte ejecutada que en su debida oportunidad, la IPS que representa allegó los documentos relacionados anteriormente, los cuales reposan en los archivos de la aseguradora, y que fueron objeto de estudio, ahora bien, aun dando aplicación al decreto 056 del 2015, así como al estatuto orgánico del sistema financiero, conforme a los argumentos del recurso de reposición persiste la obligación de la compañía aseguradora de pagar los servicios de salud prestados por esta IPS, pues según estas disposiciones, una vez se presentó la reclamación, la compañía aseguradora debió cancelar el valor de lo reclamado, al respecto allega unos documentos que soportan la reclamación que se hizo ante la aseguradora con respecto a las facturas aportadas en el presente proceso como título valor.

En cuanto a la inexistencia de una obligación clara expresa y exigible manifiesta que la presente demanda se interpuso debido a que en la CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S., se prestaron unos servicios de salud derivados de la obligación legal que tiene esta IPS, con las víctimas de accidentes de tránsito y a su vez de la obligación que tiene la aseguradora al expedir póliza SOAT de pagar los servicios de salud prestados por esta IPS y que por tal razón se allegaron las facturas de venta como títulos ejecutivos, capaces de obligar por la vía del proceso de ejecución el pago inmediato de las sumas de dinero, de ahí deriva el vínculo jurídico entre la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. y la CLINICA DE ESPECIALISTAS

108

MARIA AUXILIADORA S.A.S y que en ese sentido no le asiste la razón a este fundamento, debido a que efectivamente existe un vínculo jurídico por disposición legal y contractual que obliga a la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. y la CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA S.A.S., al reconocimiento de las obligaciones contenidas en las facturas.

En cuanto a que las facturas aportadas no reúnen los requisitos legales manifiesta que existe una indebida interpretación y aplicación conforme al precedente jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, y que como resultado de lo anterior lo ha sido sentencia STC859-2018, cuyo magistrado ponente fue el doctor LUIS ALONSO RICO PUERTA, en esa oportunidad la sala de Casación Civil de la Corte Suprema De Justicia, abordó un asunto en el que se tutelaba a la Sala Civil Familia del Tribunal Superior Del Distrito Judicial de Bucaramanga, quienes frente a unas facturas radicadas en esa oportunidad por el emisor a su cliente, a través de una empresa de mensajería, consideraron que no existía validez probatoria suficiente que indicara quien había recibido el documento y que no existiera de esa manera una aceptación expresa o tácita del título y que en dicha sentencia la Corte afirmó lo siguiente:

con la modificación introducida mediante el canon 86 de la Ley 1676 de 2013, el inciso 3º de dicha disposición legal quedó del siguiente tenor: «La factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio, si no reclamare en contra de su contenido, bien sea mediante devolución de la misma y de los documentos de despacho, según el caso, o bien mediante reclamo escrito dirigido al emisor o tenedor del título, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción. En el evento en que el comprador o beneficiario del servicio no manifieste expresamente la aceptación o rechazo de la factura, y el vendedor o emisor pretenda endosarla, deberá dejar constancia de ese hecho en el título, la cual se entenderá efectuada bajo la gravedad de juramento. Resalta la Sala.

Nótese que si bien el querellado citó las disposiciones 773 y 774 del Código de Comercio, y con ellas dijo apoyarse para establecer que la factura de compraventa adosada al expediente no reúne las exigencias de un verdadero título que prestara mérito ejecutivo, dicho análisis resulta insuficiente para sustentar lo resuelto.

En un primer escenario debe apreciarse, como lo hizo el juzgador que en primera instancia conoció del juicio y descartó los medios excepcionales, que la factura cambiaria en comento, trae adheridos dos folios que comprenden las constancias de su remisión a través de «guía de transporte terrestre», y la «certificación» extendida por la empresa de correos dando cuenta de su entrega en el domicilio de la empresa ejecutada, habiéndose dejado anotado en este último folio la fecha de recibido y la firma o nombre de quien recibe (fs. 4 a 6, cd. Corri).

Al respecto dice que las facturas allegadas al proceso cuentan con los sellos de recibido expedidos por la aseguradora, denotándose que fueron recibidas por el departamento de gerencia SOAT de la Compañía Solidaria de Colombia.

Por último manifiesta que la constancia de radicación de las facturas y el sello de recibido de las mismas, cumplen con el requisito establecido en el numeral 2 del artículo 774 del Código de Comercio que señala que se requiere por lo menos el nombre, la identificación o la firma de quien recibe y que con

cualquiera de esas menciones se da cumplimiento, pues la O, de la norma es disyuntiva lo que quiere decir que cualquiera es admisible.

Por lo anterior expresa que es consistente que el Juzgado mantenga ineludible la posición de librar mandamiento de pago.

CONSIDERACIONES

En esta oportunidad el despacho analizará si se cumplieron todos los requisitos legales, para tener las facturas aportadas con la demanda como títulos valores que dieron lugar a proferir auto de mandamiento de pago de fecha 13 de febrero de 2019, a favor de la CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA, en contra de la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. así mismo se estudiarán los argumentos esbozados por las partes y las pruebas que sirvieron de fundamento a los mismos.

En primer lugar, teniendo en cuenta que estamos frente a un recurso que ataca los requisitos formales de los títulos valores aportados con la demanda es pertinente hacer referencia a lo normado por el artículo 430 inciso segundo del C.G.P. que reza "Los requisitos formales del título ejecutivo sólo podrán discutirse mediante recurso de reposición contra el mandamiento ejecutivo. No se admitirá ninguna controversia sobre los requisitos del título que no haya sido planteada por medio de dicho recurso. En consecuencia, las defensas formales del título ejecutivo no podrán reconocerse o declararse por el juez en la sentencia o en el auto que ordene seguir adelante la ejecución, según fuere el caso", en este sentido, considerando que la objeción a los requisitos del título valor se hizo a través de recurso de reposición tal como lo establece la ley, se tiene que esta es la oportunidad que tiene esta agencia judicial, para decidir sobre lo planteado en dicho recurso.

Manifiesta la parte recurrente que la COMPAÑIA DE MUNDIAL DE SEGUROS S.A. no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos con la parte demandante, ni con ninguna otra institución del país y que las facturas aportadas como títulos ejecutivos presentadas por la parte demandante, corresponden a reclamaciones, por atención en pacientes en lo relacionado con el Seguro Obligatorio de daños corporales causados a personas en accidente de tránsito (SOAT), al respecto considera el despacho que le asiste razón y que dentro del cuerpo de la demanda no logró demostrarse que existiera un vínculo contractual entre la parte, que respaldara la obligación que la CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA, quiere hacer valer a través de las facturas, dicho lo anterior, se demuestra que las facturas anexadas no están acorde con la exigencia del artículo 772 del Código de Comercio cuando dice "...No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito".

Seguiente con los argumentos de la apoderada de la COMPAÑIA DE MUNDIAL DE SEGUROS S.A. en los que expresa que existe un procedimiento, para que esta clase de servicios es decir los prestados por la clínica CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA, u otro centro hospitalario a través del SOAT, tengan validez como títulos ejecutivos, para tal efecto mencionó lo establecido en el E/OP Decreto 056 de 2015, en su artículo 165 numeral 4, en lo que respecta el trámite para reclamar, así como lo establecido en la Circular Externa No. 052 de 2002, que modificó el Capítulo Segundo numeral 3.1.4.4. de la Circular Externa No. 007 de 1996-1. Básica Jurídica, que reguló la presentación de las reclamaciones para el SOAT, se tiene que con la presentación de la demanda, la parte ejecutante, no demostró, que previo a

1109

instaurar la presente demanda, que hubiere agotado el trámite correspondiente a las reclamaciones pertinentes para que se hiciera efectivo el pago por parte de la aseguradora de los servicios prestados por la parte demandante a los pacientes atendidos a través del SOAT, muy a pesar de que la parte demandante aporta dentro del traslado de la contestación del recurso de reposición, los soportes que pudieren servir como prueba para demostrar que previo al presente trámite ejecutivo se hicieron las correspondientes reclamaciones ante la COMPAÑIA DE MUNDIAL DE SEGUROS S.A. los mismos no se acompañaron con la presentación de la demanda.

Manifiesta el recurrente que las facturas presentadas no reúnen los requisitos legales, según lo establecido por el artículo 3° de la ley 1231 de 2008, haciendo énfasis en la carencia del requisito establecido en el numeral 2 que indica las mismas deben contener *La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla se aún lo establecido en la presente ley en contradicción a lo dicho por la apoderada de COMPAÑIA DE MUNDIAL DE SEGUROS S.A.* la parte ejecutante dice que existe una indebida interpretación de la aceptación tácita de las facturas por lo que trae a colación lo establecido por la Corte Suprema de Justicia en Sentencia STC859-2018 defendiendo la tesis de que al no haber objeción dentro de los tres días hábiles siguientes a la recepción de la factura, la misma fue aceptada tácitamente; así mismo que a pesar de no existir una firma de recibido en cada una de las facturas presentadas ante la entidad demandada a cambio de la firma está el sello plasmado en las mismas. Al respecto el despacho en razón de que este es un tema abordado jurisprudencialmente solo en este sentido y en cuanto a este requisito, acepta el argumento esbozado por la parte demandante.

En resumen de lo anterior y resaltando lo que el despacho considera una falencia en cuanto a la falta del requisito establecido por el artículo 77 del C de Co; No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito, se tiene que este requisito no fue cumplido a cabalidad, así mismo se advierte, que con la presentación de la demanda no se aportó documento que acreditara relación contractual entre las partes del presente litigio, es decir no se logra establecer que sea la COMPAÑIA DE MUNDIAL DE SEGUROS S.A. quien deba obligarse a pagar los servicios prestados por la CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA, a través de la atención de pacientes por accidentes de tránsito; por lo tanto no pueden ser tenidas las facturas aportadas como título valor; así mismo considerando que precisamente los requisitos del título valor fueron atacados como lo dispone la ley está es a través del recurso de reposición, en el término de la ejecutoria; el despacho accederá a lo solicitado por la parte recurrente, reponiendo el auto del 13 de febrero de 2019, que libró mandamiento de pago y en su defecto, esta agencia judicial; se abstendrá de librar mandamiento de pago a favor de la parte demandante y en contra del demandado.

En cuanto a la solicitud de la parte demandada en lo referente a que se establezca caución para que sean levantadas las medidas cautelares decretadas dentro del presente proceso; en virtud de que el despacho ordenará abstenerse de librar mandamiento de pago en contra de la COMPAÑIA DE MUNDIAL DE SEGUROS S.A. en consecuencia también se decretará el levantamiento de las medidas cautelares ordenadas en el auto que libró mandamiento de pago sin necesidad de que se presente caución para el efecto.

En lo referente a la demanda de acumulación presentada por el Dr DIOVANEL PACHECO AREVALO, la misma no será objeto de estudio y el despacho se abstendrá de acumularla a la presente demanda, teniendo en cuenta que el

despacho ordenara reponer el auto que libro mandamiento de pago en contra de la COMPANIA DE MUNDIAL DE SEGUROS S.A quedando sin efectos lo decidido mediante decisión aditada del 13 de febrero de 2019.

Por ultimo, el despacho deja claridad que como quiera que estamos frente a un proceso de mínima cuantía contra lo que aquí se decida, no procede el recurso de apelación así mismo no procede el recurso de reposición según lo dispone el artículo 318 inciso 4 del C.G.P.

• Sin más consideraciones y por lo anteriormente expuesto, el Juzgado Primero Promiscuo Municipal

RESUELVE:

PRIMERO: REPONER el auto del 13 de febrero de 2019, dejando sin efectos la decisión que libro mandamiento de pago a favor de la CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA en contra de la COMPANIA DE MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

SEGUNDO: ABSTENERSE de librar mandamiento de pago a favor de CLINICA DE ESPECIALISTAS MARIA AUXILIADORA en contra de la COMPANIA DE MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

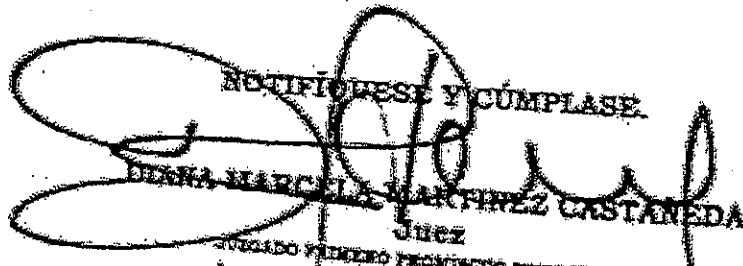
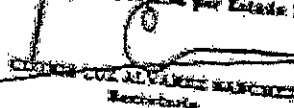
TERCERO: Levantar las medidas cautelares decretadas mediante auto del 19 de febrero de 2019 en contra de la COMPANIA DE MUNDIAL DE SEGUROS S.A. Por secretaría librense los oficios correspondientes.

CUARTO: ABSTENERSE de acumular la demanda presentada por la parte ejecutante, por las razones expuestas en la parte motiva del presente proveído.

QUINTO: Contra la presente decisión no proceden los recursos de ley.

SEXTO: Una vez ejecutoriado el presente proveído devuélvase la presente demanda con sus anexos a la parte ejecutante.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE.


DIANA MARCELA MARTÍNEZ CASTAÑEDA
JUEZ
JUZGADO PRIMERO PROMISCO MUNICIPAL DE
AGUACATECA, CERRAL
Ej. 14/02/19
Se notifica a las partes el contenido proveído,
por secretaría que se registra por Estado No. 106.

CARLOS CRUZ ALVARADO SÁNCHEZ
Secretaría

BARRANQUILLA, QUINC (15) DE FEBRERO DE DOS MIL DIECINUEVE (2019).

PROCESO: EJECUTIVO SINGULAR

DEMANDANTE: URGEMEDIC SERVICIO DE AMBULANCIA S.A.

DEMANDADO: SEGUROS COLPATRIA S.A.

RADICACION: 08001-40-03-016-2012-00163

ASUNTO

procede este despacho a dictar SENTENCIA frente a la demanda EJECUTIVA SINGULAR promovida por URGEMEDIC SERVICIO DE AMBULANCIA S.A., contra SEGUROS COLPATRIA S.A.

PRETENSIONES

La parte ejecutante solicita se libre mandamiento ejecutivo en contra SEGUROS COLPATRIA, por las sumas de dinero consignadas en las siguientes facturas de venta, así como los intereses moratorios legales, los de plazo, costas y agencias en derecho.

ITEM	Nro. DE FACTURA	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR FACTURA
1	UR-2756	17/02/2011	\$257.505.00
2	UR-2327	17/02/2011	\$257.505.00
3	URG 000000315	17/02/2011	\$257.505.00
4	URG 000000312	17/02/2011	\$257.505.00
5	URG 000000313	17/02/2011	\$257.505.00
6	URG 000000280	17/02/2011	\$257.505.00
7	UR-2630	17/02/2011	\$257.505.00
8	URG 000000354	17/02/2011	\$257.505.00
9	URG 000000355	17/02/2011	\$257.505.00
10	URG 000000792	17/04/2011	\$267.810.00
11	URG 000000981	17/04/2011	\$124.978.00
12	URG 000001495	17/04/2011	\$300.000.00
13	URG 000000601	17/04/2011	\$120.169.00
14	URG 000000989	17/04/2011	\$267.810.00
15	URG 000001089	17/04/2011	\$760.000.00

16	URG 000001092	17/04/2011	
17	URG 000001135	17/04/2011	\$760.000.00
18	URG 000000601	17/04/2011	\$124.978.00
19	URG 000000989	17/04/2011	\$120.169.00
20	URG 000001089	17/04/2011	\$267.810.00
21	URG 000001092	17/04/2011	\$760.000.00
22	URG 000001135	17/04/2011	\$760.000.00
23	URG 000001865	17/04/2011	\$124.978.00
24	URG 000002005	19/06/2011	\$120.169.00
25	URG 000001216	19/06/2011	\$120.169.00
26	URG 000001258	19/06/2011	\$124.978.00
27	URG 000001293	19/06/2011	\$124.978.00
28	URG 000002259	19/06/2011	\$267.810.00
29	URG 000001415	19/06/2011	\$300.000.00
30	URG 000001417	19/06/2011	\$300.000.00
31	URG 000001523	19/06/2011	\$124.978.00
32	URG 000001489	19/06/2011	\$124.978.00
33	URG 000001527	19/06/2011	\$267.810.00
34	URG 000001580	19/06/2011	\$267.810.00
35	URG 000001587	19/06/2011	\$124.978.00
36	URG 000001615	19/06/2011	\$124.978.00
37	URG 000001776	19/06/2011	\$124.978.00
38	URG 000001796	19/06/2011	\$124.978.00
39	URG 000002191	19/06/2011	\$300.000.00
40	URG 000002254	19/06/2011	\$267.810.00
41	URG 000001219	19/06/2011	\$124.978.00
42	URG 000001804	20/07/2011	\$267.810.00
43	URG 000001901	20/07/2011	\$400.000.00
44	URG 000002144	20/07/2011	\$124.978.00

45	URG 000002204	20/07/2011	
46	URG 000002205	20/07/2011	\$124.978.00
47	URG 000002206	20/07/2011	\$124.978.00
48	URG 000002209	20/07/2011	\$124.978.00
49	URG 000002273	20/07/2011	\$124.978.00
50	URG 000002670	20/07/2011	\$124.978.00
51	URG 000002671	20/07/2011	\$150.000.00
52	URG 000002497	20/07/2011	\$150.000.00
53	URG 000002503	20/07/2011	\$124.978.00
54	URG 000002504	20/07/2011	\$124.978.00
55	URG 000002538	20/07/2011	\$124.978.00
56	URG 000002555	20/07/2011	\$150.000.00
57	URG 000002556	20/07/2011	\$200.000.00
58	URG 000002539	20/07/2011	\$200.000.00
59	URG 000002572	20/07/2011	\$124.978.00
60	URG 000002207	20/07/2011	\$124.978.00
61	URG 000002656	20/07/2011	\$124.978.00
62	URG 000002613	20/07/2011	\$150.000.00
63	URG 000002633	20/07/2011	\$124.978.00
64	URG 000002652	20/07/2011	\$267.810.00
65	URG 000002520	20/07/2011	\$124.978.00
66	URG 000002521	19/08/2011	\$124.978.00
67	URG 000002246	19/08/2011	\$124.978.00
68	URG 000002247	19/08/2011	\$124.978.00
69	URG 000002225	19/08/2011	\$124.978.00
70	URG 000002227	19/08/2011	\$267.810.00
71	URG 000002453	19/08/2011	\$267.810.00
72	URG 000002354	19/08/2011	\$267.810.00
73	URG 000002657	19/08/2011	\$124.978.00

74	URG 000002822	19/08/2011	\$150.000.00
75	URG 000002698	19/08/2011	\$124.978.00
76	URG 000002716	19/08/2011	\$150.000.00
77	URG 000002719	19/08/2011	\$150.000.00
78	URG 000002734	19/08/2011	\$124.978.00
79	URG 000002915	19/08/2011	\$267.810.00
80	URG 000002753	19/08/2011	\$124.978.00
81	URG 000002754	19/08/2011	\$124.978.00
82	URG 000002888	19/08/2011	\$124.978.00
83	URG 000002824	19/08/2011	\$124.978.00
84	URG 000002860	19/08/2011	\$150.000.00
85	URG 000002875	19/08/2011	\$300.000.00
86	URG 000002889	19/08/2011	\$124.978.00
87	URG 000001242	21/09/2011	\$124.978.00
88	URG 000001557	21/09/2011	\$267.810.00
89	URG 000001626	21/09/2011	\$124.978.00
90	URG 000002036	21/09/2011	\$124.978.00
91	URG 000002035	21/09/2011	\$267.810.00
92	URG 000002210	21/09/2011	\$267.810.00
93	URG 000002188	21/09/2011	\$124.978.00
94	URG 000002255	21/09/2011	\$300.000.00
95	URG 000002321	21/09/2011	\$124.978.00
96	URG 000002357	21/09/2011	\$300.000.00
97	URG 000003233	21/09/2011	\$300.000.00
98	URG 000002356	21/09/2011	\$300.000.00
99	URG 000002362	21/09/2011	\$124.978.00
100	URG 000002363	21/09/2011	\$124.978.00
101	URG 000002364	21/09/2011	\$124.978.00
102	URG 000002655	21/09/2011	\$124.978.00

103	URG 000002749	21/09/2011	\$124.978.00
104	URG 000002797	21/09/2011	\$150.000.00
105	URG 000002793	21/09/2011	\$124.978.00
106	URG 000002801	21/09/2011	\$124.978.00
107	URG 000002900	21/09/2011	\$300.000.00
108	URG 000002901	21/09/2011	\$300.000.00
109	URG 000002961	21/09/2011	\$124.978.00
110	URG 000002977	21/09/2011	\$124.978.00
111	URG 000002978	21/09/2011	\$124.978.00
112	URG 000003005	21/09/2011	\$124.978.00
113	URG 000003050	21/09/2011	\$124.978.00
114	URG 000003051	21/09/2011	\$124.978.00
115	URG 000003042	21/09/2011	\$150.000.00
116	URG 000003043	21/09/2011	\$150.000.00
117	URG 000003033	21/09/2011	\$124.978.00
118	URG 000003056	21/09/2011	\$124.978.00
119	URG 000003094	21/09/2011	\$124.978.00
120	URG 000003114	21/09/2011	\$124.978.00
121	URG 000003117	21/09/2011	\$124.978.00
122	URG 000003118	21/09/2011	\$124.978.00
123	URG 000003178	21/09/2011	\$124.978.00
124	URG 000003192	21/09/2011	\$150.000.00
125	URG 000003184	21/09/2011	\$124.978.00
126	URG 000003185	21/09/2011	\$124.978.00
127	URG 000003193	21/09/2011	\$124.978.00
128	URG 000003231	21/09/2011	\$124.978.00
129	URG 000003204	21/09/2011	\$124.978.00
130	URG 000003202	21/09/2011	\$267.810.00
131	URG 000003378	21/10/2011	\$124.978.00

132	URG 000003425	21/10/2011	\$124.978.00
133	URG 000003428	21/10/2011	\$124.978.00
134	URG 000003438	21/10/2011	\$124.978.00
135	URG 000003439	21/10/2011	\$124.978.00
136	URG 000003480	21/10/2011	\$124.978.00
TOTAL			\$25.789.319.00

CAUSA FACTICA

Los hechos de la demanda pueden sintetizarse así:

Que la entidad demandada adquirió y acepto las obligaciones contenidas en las 136 facturas aportadas en la demanda, por valor de \$25.789.319.

Que el origen de las facturas es la prestación del servicio de traslado asistencial de pacientes que resultan víctimas de accidentes de tránsito y su vehículo se encuentra amparado con una póliza de seguro obligatorio SOAT.

Señala que las facturas cumplen con los requisitos exigidos por la ley, constituyen un título valor y por lo tanto prestan merito ejecutivo.

SINTESIS PROCESAL

La demanda correspondió por reparto al Juzgado Dieciséis Civil Municipal de Barranquilla, quien mediante auto de fecha 30 de marzo de 2012 libró mandamiento de pago a favor de URGEMEDIC SERVICIO DE AMBULANCIA S.A. y en contra de la sociedad SEGUROS COLPATRIA S.A., por la suma de VEINTICINCO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS (\$25.789.319.00), por concepto de capital, más los intereses de plazo, mora, costa y agencia en derecho.

La entidad demandada se notificó personalmente mediante apoderado judicial, quien mediante escrito de fecha 21 de junio de 2012, contesta la demanda y propuso excepción de mérito denominada "INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION A CARGO DE SEGUROS COLPATRIA S.A. Y PAGO DE LA OBLIGACION; AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DEL TITULO EJECUTIVO; COBRO DE LO NO DEBIDO Y DOBLE COBRO DE FACTURAS".

En auto adiado 4 de julio de 2012, se corrió traslado de la excepción presentada en su oportunidad por la sociedad demandada, haciendo uso del mismo la demandante.

A través de auto de fecha 18 de septiembre de 2012 se abre a prueba teniendo tales los documentos aportados por las partes, se citó al Representante Legal de la demandante para que absolviera interrogatorio de parte que le realizaría el apoderado de la parte demandada y ordenó citar a los testigos solicitados por la demandada.

Por auto fechado 18 de enero de 2013 se ordena abrir nuevamente a pruebas teniendo como tales las ya ordenadas, lo anterior debido que no se pudieron evacuar en las fechas señaladas como consecuencia del paro judicial.

A través de escrito de fecha de recibido 22 de enero de 2013 la demandante presenta acumulación de demanda por tratarse de demandado en común, en este caso SEGUROS GOLPATRIA, con base en las siguientes facturas:

ITEM	Nro. DE FACTURA	NOMBRE DEL PACIENTE	ID	VALOR
1	CS00000 102218	GUERRERO RODRIGUEZ GINA	329942052	\$175.800
2	CS00000 102597	BALZA GUTIERREZ JOHANA	1129515823	\$537.300
3	CS00000068013	BALZA GUTIERREZ JOHANA	1129515823	\$3.849.966
4	CS00000 96851	CABRERA MARTINEZ GENDERSON	1007890446	\$202.800
5	CS00000 94379	DUQUE ALVAREZ PITER	1048282625	\$1.347.6900
6	CS00000 94013	DUQUE ALVAREZ PITER	1048282625	\$2.048.920
7	CS00000 92000	ESCORCIA RODRIGUEZ YAZMIN	32614430	\$143.000
8	CS00000 92001	ESCORCIA RODRIGUEZ YAZMIN	32614430	\$118.000
9	CS00000 82995	ESCORCIA RODRIGUEZ YAZMIN	32614430	\$135.200
10	CS00000 87217	ESCORCIA RODRIGUEZ YAZMIN	32614430	\$31.800
11	CS00000 91150	ESCORCIA RODRIGUEZ YAZMIN	32614430	\$32.500
12	CS00000 76029	PEÑA CASTRO WILMER	1048270642	\$199.400
13	CS00000 99369	TAPIAS SANJUAN DANIEL	72301800	\$705.830
14	CS00000 87779	ESCORCIA RODRIGUEZ YAZMIN	32614430	\$44.600
15	CS00000 78611	ESCORCIA RODRIGUEZ YAZMIN	32614430	\$25.000
16	CS00000 87216	ESCORCIA RODRIGUEZ YAZMIN	32614430	\$32.500
17	CS00000 83001	ESCORCIA RODRIGUEZ YAZMIN	32614430	\$28.600
18	CS00000 90799	ESCORCIA RODRIGUEZ YAZMIN	32614430	\$4.000
19	CS00000 101975	HERNANDEZ PINEDO EDAR ENRIQUE	72285694	\$362.100
20	CS00000 104828	SARMIENTO GONZALEZ JAIR	72227291	\$169.000
21	CS00000 101976	ACOSTA MONTES KAREN	1129516492	\$594.600
22	CS00000 102677	MELENDES CARMONA ALEXIS	1045718817	\$180.500
23	CS00000 101883	OCHOA GARCIA CLAUDIO	234600	\$234.600
24	CS00000 95293	ESCORCIA RODRIGUEZ YAZMIN	32614430	\$552.750
25	CS00000 91501	ACUÑA JACKSON ROIMAN	1046696042	\$162.000
26	CS00000 10220	GUTIERREZ DE LA HOZ CARLOS	72008794	\$355.100

21	CS00000 102268	CASTILLA CERVANTES YONIS	72226078	\$121.700
25	CS00000 103255	MARTINEZ VASQUEZ JHONATAN	7132012	\$139.200

TOTAL				\$12.534.666
-------	--	--	--	--------------

Por auto de fecha 5 de julio de 2013 se admitió la acumulación de demanda y como consecuencia se libró mandamiento de pago.

A través de escrito presentado el 24 de julio de 2013 la demandada contesto la demanda y propuso las excepciones de mérito denominadas "AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DEL TÍTULO EJECUTIVO Y COBRO DE LO NO DEBIDO".

El Juzgado Primero Civil Municipal de Descongestión avoco el conocimiento del presente proceso el 28 de noviembre de 2013 en cumplimiento a lo ordenado por el Consejo Superior de la Judicatura a través de Acuerdo N°. PSAA13-9962 del 31 de julio de 2013.

Mediante auto de fecha 14 de agosto de 2014 se abrió a pruebas el proceso acumulado teniendo como tales los documentos aportados por las partes y se ordenó la prueba testimonial solicitada por la parte demandada, auto que fue recurrido por la demandada.

El Juzgado Tercero Civil Municipal de Descongestión avoco el conocimiento del presente proceso el 7 de abril de 2015 en cumplimiento a lo ordenado por el Consejo Superior de la Judicatura a través de Acuerdo N°. PSAA13-10072 del 27 de diciembre de 2013.

A través de proveído fechado 10 de junio de 2015 el Juzgado revoco el auto que abrió a pruebas y en su defecto ordeno correr traslado de las excepciones propuestas por la demandada con respecto a la demanda acumulada.

Por auto de fecha 12 de agosto de 2015 se abrió a pruebas el proceso acumulado teniendo como tales los documentos aportados por las partes, se citó al Representante Legal de la demandante para que absolviera interrogatorio de parte que le realizaría el apoderado de la parte demandada y ordenó citar a los testigos solicitados por la demandada.

El Juzgado Veinticinco Civil Municipal avoco el conocimiento del presente proceso el 4 de diciembre de 2015 en cumplimiento a lo ordenado por el Consejo Superior de la Judicatura a través de Acuerdo N°. PSAA15-10402 del 29 de octubre de 2015.

Mediante auto de fecha 9 de mayo de 2017 se precluyó el periodo probatorio y se corrió traslado para alegar del cual solo hizo uso la parte demandada.

Finalmente por auto fechado 29 de noviembre de 2017 este Despacho avoco su conocimiento en cumplimiento a lo ordenado por el Consejo Seccional de la Judicatura Sala Administrativa mediante Acuerdo N°. CSJATA17-688.

III. SINTESIS DE LAS EXCEPCIONES

Con respecto a la demanda inicial la aseguradora al momento de contestar propuso las siguientes excepciones de mérito.

- **PAGO DE LA OBLIGACION E INEXISTENCIA DE OBLIGACION A CARGO DE SEGUROS GOLPATRIA S.A.** Indica que se está en presencia de un contrato de seguros, por lo que una vez fueron recibidas las reclamaciones hicieron unos

pagos, los cuales relaciona y aporta con la contestación. Hacen la salvedad que cada una de las facturas hace parte de un siniestro y una póliza y que el solo hecho de haber sido presentadas y acreditada una aceptación no se tiene por formalizado el reclamo, cumpliendo con lo regulado en el Código de Comercio Art. 1077. Asimismo manifiesta que la demandada asumió un pago parcial de las facturas y que el saldo fue objetado sin que recibieran por parte de la demandante comunicación alguna que desvirtuara las objeciones.

- **AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DEL TITULO EJECUTIVO:** Comenta que por tratarse de un contrato de seguros se encuentra regulado por la ley, que para el caso es el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, y que para el caso bajo estudio se está en presencia de títulos ejecutivos complejos, los cuales además de ser claros, expresos y exigibles deben reunir los requisitos que contempla en C. de Co. en sus artículos 1077 y 1053, así como lo señalado en el decreto 3990 de 2007 art. 4.
- **COBRO DE LO NO DEBIDO:** Señala que la demandante no acreditó los presupuestos contemplados en el art. 1077 del C. de Co. y en el Decreto 3990 de 2007. Que por tratarse de un contrato de seguro de SOAT, no es posible que la aseguradora asuma indemnizaciones prohibidas por la ley, porque se estaría en presencia de un enriquecimiento injustificado.
- **DOBLE COBRO DE LAS FACTURAS URG 000001092 Y URG 000001135:** Indica que la demandante aportó para el cobro 136 facturas, pero que se observa que las facturas URG 000001092 por valor de \$760.000 y URG 000001135 por valor de \$124.978 fueron cobradas dos veces, además que dichas facturas ya fueron canceladas por la aseguradora por lo que aporta prueba que demuestre el pago.

Ahora bien al momento de contestar la demanda acumulada, SEGUROS COLPATRIA propuso las siguientes excepciones de mérito:

- **AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DEL TITULO EJECUTIVO:** Comenta que por tratarse de un contrato de seguros se encuentra regulado por la ley, que para el caso es el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, y que para el caso bajo estudio se está en presencia de títulos ejecutivos complejos, los cuales además de ser claros, expresos y exigibles deben reunir los requisitos que contempla en C. de Co. en sus artículos 1077 y 1053, así como lo señalado en el decreto 3990 de 2007 art. 4. Asimismo manifiesta que las facturas no fueron aceptadas por su defendida, y que al momento de su presentación solo se plasmó la leyenda **RECIBIDO PARA ESTUDIO**, toda vez que dichas facturas hacen parte de unas reclamaciones que tienen que ser sometidas a estudio.
- **COBRO DE LO NO DEBIDO:** Señala que la demandante no acreditó los presupuestos contemplados en el art. 1077 del C. de Co. y en el Decreto 3990 de 2007. Que por tratarse de un contrato de seguro de SOAT, no es posible que la aseguradora asuma indemnizaciones prohibidas por la ley, porque se estaría en presencia de un enriquecimiento injustificado.

IV. CONSIDERACIONES

1. PRESUPUESTOS PROCESALES.

No admiten reparo alguno los denominados presupuestos procesales, presentes como son la demanda en forma, la capacidad de las partes y el trámite impartido por el Juzgado

717

de Origen; así como la competencia entregada a esta agencia judicial, por el Consejo Superior de la Judicatura, en los acuerdos antes indicados y ausente como se encuentra la actuación de vicio con idoneidad anulatoria, es procedente emitir la decisión de mérito que corresponda.

2. DEL PROCESO EJECUTIVO

El proceso ejecutivo tiene por finalidad la satisfacción de la prestación no cumplida, voluntaria y extrajudicialmente por el deudor; su objeto es la realización de un derecho privado en un documento que lleve insita su ejecutividad, es una coacción dirigida a lograr el cumplimiento de la obligación.

En este tipo de proceso, se requiere que el deudor se encuentre debidamente identificado, pues contra él es que se ejerce la acción, además contra sus bienes las medidas cautelares, razón por la cual la norma exige que el documento provenga del deudor o de su causante.

Como puede anotarse es presupuesto esencial de la ejecución la existencia de un documento que reúna a cabalidad las exigencias del art. 488 del C.P.C., en virtud del cual *pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante y constituyan plena prueba contra él, o las que emanen de una sentencia de condena proferida por juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial que tenga fuerza ejecutiva conforme a la ley, o de las providencias que en procesos contenciosos-administrativos o de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia, y con un carácter excepcional dada su especial naturaleza los títulos valores*".

3. DOCUMENTO DE RECAUDO EJECUTIVO.

Como título de recaudo ejecutivo se acompañaron unas facturas de tipo comercial, que a simple vista puede determinarse que cumplen con los requisitos que señala el art. 488 del C.P.C., es decir que estamos en presencia de una obligación clara, expresa y exigible, sin embargo deberá hacerse una revisión detallada de cada una de ellas con el de verificar si además de reunir los requisitos que señala el Código de Comercio, deberán cumplir con lo establecido en el decreto 3990 de 2007.

V. CARGA DE LA PRUEBA

Por su parte, el Art. 177 ibídem estipula: *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen."*, constituye una Regla Técnica De La Carga Probatoria; mediante la cual, las partes de un proceso (por ser los interesados directos), deben procurar que las pruebas se aporten y practiquen en los momentos procesales requeridos; ya que, por obvias razones, son las más interesadas en demostrar los hechos soportes de sus pretensiones, o excepciones si son del caso; no olvidando la facultad oficiosa que imponen los artículos 179 y 180 de Nuestro Estatuto Procesal Civil.

ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO

En el presente caso URGEMEDIC SERVICIO DE AMBULANCIA e INSTITUCION DE NEUROCIENCIAS CLINICA DEL SOL LTDA, pretenden, el recaudo ejecutivo ante SEGUROS COLPATRIA S.A., a través de acumulación de demanda, presentando en total 164 facturas, que corresponden a la prestación de servicios de traslado asistencial a pacientes que resultan víctimas en accidentes de tránsito, y las facturas de la demanda acumulada son producto de la prestación de servicios médicos a las víctimas de accidentes de tránsito, correspondiendo ambos a siniestros atendidos por el SOAT.

si bien es cierto la actividad económica de las entidades demandantes es la prestación de servicios médicos, en el presente caso no puede aplicarse solamente las normas relativas a las empresas promotoras de salud, toda vez que las personas que ingresan en estas instituciones o que toman el servicio de transporte en ambulancia, han sido lesionadas en accidentes de tránsito a quienes se les presta un servicio a través del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), correspondiéndole el pago de esos servicios a las compañías de seguros que expiden las pólizas correspondientes.

A la fecha de presentación de las facturas se encontraba vigente el decreto 3990 de 2007, que es la norma que regula lo relacionado al Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), por lo que hay que aplicar lo relativo a las reclamaciones que deberán hacer las personas que se consideren beneficiarias de las prestaciones, quienes deberán anexar los documentos necesarios para que tales reclamaciones puedan prestar mérito ejecutivo.

El decreto 3990 de 2007 en sus arts. 3 y 4 regula lo relacionado a las formalidades, documentos y anexos necesarios que deben aportar quien se considera beneficiario al momento de reclamar la indemnización, pues no es suficiente el aportar una factura de cobro.

Artículo 3°. Derecho para reclamar. Tendrán acción para reclamar las indemnizaciones por las coberturas otorgadas, a la entidad aseguradora o a la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas habilitadas para brindar los servicios específicos de que se trate de conformidad con lo previsto en los artículos anteriores, que hubieren prestado dichos servicios o quienes hubieren cancelado su valor; la víctima que sea declarada incapacitada permanentemente; los beneficiarios en caso de muerte; quienes hubieren realizado el transporte al centro asistencial y quienes hubieren sufragado los gastos funerarios. Para efectos de esta última condición, por tratarse de beneficios meramente indemnizatorios no pueden ser fuente de enriquecimiento.

Quienes cuenten con acción para reclamar deberán presentar la reclamación en los formularios establecidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social, acompañados, según sea el amparo afectado, de los anexos señalados más adelante.

Parágrafo. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, públicas o privadas, podrán presentar reclamación exclusivamente para los servicios que hubieren prestado, respecto de los cuales, a la fecha de la prestación, se encontraban habilitadas para brindar, de manera que en los casos en que se requiera la prestación de un servicio para el cual no estuvieren habilitadas, deberán remitir al paciente, mediante los procedimientos de referencia y contrareferencia, a otra IPS que sí cuente con la citada habilitación, última que contará con acción para reclamar esos servicios.

Artículo 4°. Reclamación. Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, deberán acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, para lo cual podrán utilizar cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley, siempre que sean conducentes, pertinentes e idóneos para demostrar efectivamente los hechos a los que se refiere; dicha reclamación estará conformada por los formularios adoptados por el Ministerio de la Protección Social, acompañados de los documentos correspondientes a cada cobertura, en original o copia auténtica, según el caso, así:

...

2. Servicios médicoquirúrgicos:

- a) Original del certificado de atención médica de acuerdo con el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social, que debe incluir cuando menos los nombres y documento de identificación tanto de la víctima como del médico tratante, fecha de nacimiento de la víctima, fecha y hora de atención, y descripción de los hallazgos clínicos por medio de los cuales el médico que atendió la urgencia dedujo que la causa de los daños sufridos por la persona fue un accidente de tránsito, un evento catastrófico o terrorista. Esta última constancia deberá siempre estar suscrita por el médico tratante y, para los accidentes de tránsito, se

acompañará de certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito o la correspondiente denuncia de la ocurrencia del evento ante las autoridades competentes;

b) Copia original de la denuncia penal de ocurrencia del accidente de tránsito presentada por cualquier persona ante autoridad competente, cuando el hecho haya sido ocasionado voluntariamente o por manipulación criminal y sea posible la identificación del responsable;

c) Original de la factura emitida por la IPS en la que consten los servicios prestados, en la cual obren discriminados los conceptos cobrados y la tarifa correspondiente de conformidad con la prevista en el Decreto 2423 de 1996 o normas que lo sustituyan o modifiquen, la factura incluirá aquellos servicios prestados por otra IPS, en virtud de la utilización de los esquemas de referencia y contrarreferencia, los cuales se soportarán con la constancia de pago de los mismos por parte de la IPS que está facturando a la aseguradora o a la subcuenta ECAT de Fosyga.

Tratándose de la cobertura adicional por cuenta de la Subcuenta ECAT de Fosyga, para víctimas politraumatizadas o que requieran servicios de rehabilitación, la factura será fotocopia auténtica y se acompañará de certificación sobre el agotamiento de la cobertura del SOAT.

Las reclamaciones presentadas por la IPS a la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuyo monto respecto de cada víctima resulte inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, se tramitarán de manera conjunta, por periodos mensuales, en el formato que se adopte para el efecto.

...

6. Gastos por concepto de transporte de víctimas:

a) Constancia de la efectiva realización del transporte y movilización de las víctimas resultantes del accidente de tránsito, evento catastrófico o terrorista, expedida por la IPS que atendió a la víctima, según formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, en la cual deberá constar expresamente la hora en la cual fue recibida la víctima del accidente o evento, el lugar en el cual se manifiesta haber sido recogida y la dirección de la IPS que la admitió, dicha certificación estará suscrita por la persona designada por la entidad hospitalaria para el trámite de admisiones;

b) Cuando se trate de transporte realizado por ambulancias, sólo se reconocerá a las entidades habilitadas para prestar estos servicios; dichas entidades podrán presentar reclamaciones de manera acumulada, por periodos mensuales, de conformidad con los formatos adoptados para este fin.

Del análisis de las normas transcritas se tiene que para que el demandante pretenda el reconocimiento de las indemnizaciones mediante proceso ejecutivo, es necesario que éste haya acreditado que presentó en forma oportuna su reclamación a la aseguradora, acompañada de todos los anexos que exige la ley y que demuestren la ocurrencia del siniestro, el monto cancelado, que señale que se encuentra vencido el termino para que la aseguradora las objetara y de esta manera si se estaría en presencia de un título ejecutivo.

De lo anterior se puede llegar a la conclusión que la excepción de mérito propuesta por el excepcionante **AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DEL TITULO EJECUTIVO**, está llamada a prosperar por cuanto las facturas presentadas no son suficiente para librar mandamiento de pago toda vez que en el presente caso estamos frente a la exigencia de un título ejecutivo complejo lo cual como quedó demostrado no se dio en el presente caso donde el demandante se limitó a presentar únicamente las facturas expedidas de manera unilateral por él.

Al prosperar la excepción antes mencionada propuesta por la aseguradora considera este Despacho que es fundamento suficiente para no ordenar seguir adelante la ejecución, así como tampoco es necesario entrar a estudiar las demás excepciones propuestas.

Por lo expuesto, el JUZGADO DIECINUEVE CIVIL MUNICIPAL MIXTO DE BARRANQUILLA, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: Declarar probada la excepción de mérito denominada *AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD DEL TITULO EJECUTIVO*, de conformidad con la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Decretar la terminación del presente proceso, y el levantamiento de las medidas cautelares decretadas en éste asunto.

TERCERO: Costas a cargo de parte demandante.

CUARTO: Fijar como agencias en derecho la suma de \$2.682.700 pesos M/L, lo cual corresponde al 7% del valor señalado en el mandamiento de pago (Art. 392 núm. 2° C. de P. C., modificado Ley 1395 de 2010, Acuerdo 1887 del 2003 del C.S.J.

QUINTO: Notificado y ejecutoriado este proveído, archívese el expediente previas las anotaciones del caso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


JULIA CAROLINA CABAL BARROS
LA JUEZ

JUZGADO DIECINUEVE CIVIL MUNICIPAL
DE BARRANQUILLA

NOTIFICA POR ESTADO No.

24

18 FEB 2019

EL SECRETARIO

Bryan De Jesus Alvarado Rocha



República de Colombia
Consejo Superior de la Judicatura
Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla
Sala Quinta Civil-Familia

Magistrada Sustanciadora:
GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO

Código. 08-001-31-53-013-2017-00149-03
Rad. Interno. **42686**

Barranquilla, doce (12) de agosto de dos mil veinte (2020).

Discutido y aprobado en Sala según acta n°. 053.

En atención a lo dispuesto por el artículo 14 del Decreto Legislativo 806 de 2020, emanado del Ministerio de Justicia y del Derecho, se procede a resolver el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la parte demandada, contra la sentencia del 22 noviembre de 2019, dictada por el Juzgado Trece Civil del Circuito de Barranquilla, dentro del presente proceso Ejecutivo, promovido por Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología SA contra AXA Colpatria Seguros SA, radicado bajo el número único 08-001-31-53-013-2017-00149-03.

I. ANTECEDENTES

1.1. La sociedad Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología SA, inició proceso ejecutivo contra la aseguradora Axa Colpatria Seguros SA, a fin que se librara mandamiento de pago por la suma de Doscientos sesenta y nueve millones ochocientos cincuenta y dos mil novecientos ochenta y ocho pesos (\$269.852.988.00), más los intereses moratorios bancarios corrientes aumentados en la mitad.

Además solicitó la condena en costas a la parte demandada.

1.2. Como fundamento fáctico de tales peticiones, señaló i) que la Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología SA, prestó sus servicios médicos asistenciales a distintos beneficiarios de las pólizas de Seguro

Obligatorio de Accidente de Tránsito expedidas por la aseguradora Axa Colpatria Seguros SA, ii) que los servicios prestados fueron la atención inicial de urgencias y atención de urgencias, atenciones ambulatorias intramurales, atenciones con internación, suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, traslado asistencial de pacientes, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, entre otros; iii) que con ocasión de tal servicio, se radicaron las respectivas reclamaciones económicas ante la aseguradora, dentro del término establecido en el artículo 1081 C.Co y con las exigencias del artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 de 2016 y el anexo técnico de la Resolución 3047 de 2008, iv) que las facturas no han sido canceladas por la aseguradora, a pesar de los requerimientos de pago que se le han elevado.

1.3. Asumido el conocimiento por el Juzgado Trece Civil del Circuito de Barranquilla, se inadmitió inicialmente la demanda, y subsanados los defectos de que adolecía, se libró mandamiento ejecutivo el día 13 de febrero de 2018.

1.4. Notificada la aseguradora, se apersonó a través de apoderado judicial, formulando en tiempo las excepciones de mérito que denominó “Prescripción de la acción cambiaria”, “Ausencia de exigibilidad del título”, “Prescripción de la acción de cobro de las facturas”, “Inexistencia de una obligación clara, expresa y exigible frente a Axa Colpatria Seguros SA por no derivarse las facturas de un contrato verbal o escrito”, “Ausencia de título ejecutivo”, “Pago de la obligación”, “Las facturas aportadas no reúnen los requisitos legales”; “Ausencia de cobertura del evento reclamado, toda vez que los procedimientos médico-quirúrgicos realizados no guardan relación con el evento reclamado”; “posibilidad por parte de mi representada para presentar excepciones, aunque no se haya objetado la reclamación dentro del término establecido”, “Cobro de lo no debido”.

1.5. Surtido el trámite de primera instancia, y llegado el día para celebrar la audiencia de que trata el artículo 373 CGP, el juez A quo dictó sentencia mediante la cual accedió a las pretensiones de la demanda, continuando con la ejecución,

en la medida en que encontró que las facturas arriadas no habían sido objetadas por la parte demandada en el término de ley, amén que cumplieran con los requisitos exigidos por la norma.

1.6. Inconforme, el apoderado judicial de la parte demandada formuló recurso de apelación, esbozando como reparos que el A quo había omitido el análisis de lo establecido en el Decreto 056 de 2015 al exigir el cumplimiento de solo 3 de sus 5 requisitos, permitiendo que se obviara la presentación de los soportes del material de osteosíntesis, así como los soportes de la historia clínica, que conforme el artículo 11 de la resolución 1995 de 1999 resultan las ayudas diagnósticas con sus respectivas lecturas y los consentimientos informados. Se queja del reemplazo de la epicrisis por una “evolución de consulta externa que no llena los requisitos tratándose de una atención por accidente de tránsito

Expresó que a pesar de haberse establecido por el despacho, que las normas aplicables son las del contrato de seguro, se omitió declarar la prescripción de que habla el artículo 1081 C.Co., que empezaba a correr desde la atención del paciente.

Concluyó resaltando que no debió estudiarse si las objeciones se presentaron o no en tiempo, sino examinar si el título completo se había configurado.

Tales reparos fueron ampliados en escrito que reposa a folio 198-214 del cuaderno de excepciones de mérito. En este, se alegó que los documentos de recaudo no eran las simples facturas, en tanto entre las partes no había contrato previo. Afirmó el profesional del derecho en ese sentido, que tratándose de una reclamación de seguro, el documento de recaudo debía estar constituido por un título ejecutivo complejo que llenara los requisitos de los artículos 1077 y 1053 C.Co., así como del artículo 26 del Decreto 056 de 2015, entre los que se encontraban la epicrisis o el resumen clínico, inobservado en demanda. Agregó

que de las 125 facturas cuyo pago se demandaba, solo 95 habían estado relacionadas en el libelo.

De otra parte arguyó la ausencia de cobertura de los eventos reclamados por existencia de fraude en la utilización de la póliza y finalizó alegando la prescripción ordinaria de una parte de las facturas allegadas, regentada en el artículo 1081 C.Co, en la medida en que la reclamación judicial se presentó después de dos años contados a partir de la atención del paciente.

1.7. El recurso fue concedido en el efecto suspensivo, y luego de admitido, se corrió el traslado de que habla el artículo 14 del Decreto 806 de 2020.

En ese interregno, la actual apoderada de la demandada reprodujo el texto presentado ante el juez A quo en primera instancia a título de ampliación de reparos.

Por su parte, el vocero judicial de la entidad demandante, en ejercicio de su derecho de réplica, arguyó que los documentos aportados como títulos ejecutivos de recaudo, cumplían con los requisitos exigidos por la norma aplicable, en especial con el artículo 26 del Decreto 056 de 2015. Expuso que de la ley no podía extraerse que la institución hospitalaria debía probar la existencia del siniestro; habló además de la aceptación tácita de la factura de que habla el artículo 773 CCo., así como de la orfandad probatoria respecto de las glosas de que trata el artículo 23 del Decreto 4747 de 2007.

Por último, y en relación a la prescripción alegada por su contraparte, indicó que la factura más antigua, de fecha 13 de enero de 2015, fue radicada el 12 de marzo del mismo año, suspendiéndose en ese momento el término de prescripción de 2 años y comenzando a correr el de la prescripción extraordinaria de 5 años, que a su vez, se interrumpió con la presentación de la demanda.

1.8. Revisados tales alegatos, deja bien establecido la Sala de Decisión, que los presupuestos procesales se hallan cumplidos satisfactoriamente, por cuanto el Juzgado de instancia y este Tribunal son competentes para decidir el asunto, por su naturaleza, entre otros factores determinantes.

Las partes resultan capacitadas civil y procesalmente para intervenir en esta Litis y la demanda reúne los requisitos de forma exigidos por la ley.

Tampoco se observan irregularidades que puedan afectar la validez del trámite, en tal razón el fallo debe ser de fondo.

II. CONSIDERACIONES

2.1. Los instrumentos de recaudo presentados por la parte demandante a la administración de justicia para perseguir el pago de lo adeudado por AXA Colpatria Seguros SA, lo constituyen las facturas de venta emitidas con ocasión de los servicios médicos prestados a beneficiarios de Seguros Obligatorios de Accidentes de Tránsito SOAT, cuyas pólizas fueron expedidas por el ejecutado, amén de documentos que pretendieron probar tal prestación.

2.2. Mediante la sentencia de primera instancia, se declararon no probadas las excepciones formuladas por la parte pasiva de esta litis, al considerarse por el juez A quo, que las reclamaciones elevadas a la aseguradora no habían sido objetadas en tiempo por esta última, de suerte que no era el proceso ejecutivo el escenario para discutir si las facturas como título complejo, se habían integrado en debida forma. A ello se agregó que de igual manera, se avizoraba el cumplimiento de los requisitos contenidos en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015 relativo al contenido y los anexos de las facturas en cuestión.

2.3. La demandada inconforme esbozó entonces frente a aquella decisión, argumentos se resumen así:

- Que las facturas como títulos valores simples, no bastan para iniciar un proceso ejecutivo en el caso de las atenciones con ocasión del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT, pues no se encuentran precedidas de contrato verbal o escrito que las sustente. De allí que el cobro deba estar precedido de una reclamación acompañada de los soportes exigidos por las normas especiales como lo son el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Código de Comercio y el Decreto 056 de 2015.

- Que se demostró por la testigo Denisse Ariza, la ausencia de cobertura de los eventos reclamados, traducida en reclamaciones basadas en presupuestos fácticos que no atendieron a la realidad.

- Que el despacho, al momento de estudiar las facturas, solo corroboró tres de los cinco requisitos establecidos en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015, como lo eran el formulario de reclamación, la epicrisis o resumen clínico y el original de la factura, olvidando que también se debían presentar las facturas del material de osteosíntesis o documento equivalente expedido por el proveedor de la IPS y los documentos que soportaban el contenido de la historia, contenidos en la Resolución 1995 de 1999, como lo son las ayudas diagnósticas, entre las que resalta la lectura de imagenología, y los consentimientos informados, entre otros.

- Que además, hay facturas que no se encuentran acompañadas de la historia clínica o resumen de la misma, sino de una evolución de consulta externa, documento insuficiente entratándose de un accidente de tránsito.

- Que muchas de las facturas cobradas, se encuentran prescritas porque el término extintivo de que trata el artículo 1081 C.Co, debía contarse desde el momento de la atención del paciente, y existen muchas atenciones anteriores al 19 de diciembre de 2015.

2.4. Emergería entonces como problema jurídico determinar si los documentos aportados resultaban aptos para el cobro ejecutivo, como expresó el

juez A quo, o si por el contrario se encontraban carentes de los anexos forzosos, amén de prescritos en algunos de los casos.

2.5. No obstante, es imperativo aclarar de manera temprana, que tanto la acción ejercida como la solución esbozada en primera instancia, estuvieron indebidamente encaminadas.

Para desarrollar tal argumento, la primera precisión que debe realizarse, es que la acción ejecutiva que se pone en marcha por la falta de pago de los servicios médicos prestados con ocasión a una póliza de accidentes de tránsito, no debe entenderse, como en efecto se hizo por la demandante y el juzgador, como una acción cambiaria por cobro de facturas derivadas de un contrato de prestación de servicios, si no como la persecución judicial derivada de una reclamación fallida a la aseguradora.

En este orden de ideas, lejos de adentrarse en el debate de la autonomía de la factura por aceptación tácita, o de la integración de la misma en un título ejecutivo complejo, al compás de las normas reguladoras de la prestación del servicio de salud, lo que debe revisarse es la acción de reclamación de la referida IPS frente a la compañía aseguradora, en virtud del siniestro acaecido, y el mérito ejecutivo de la póliza ante el silencio de esta última, en el término conferido por ley para objetar.

A propósito de esa acción de reclamación, se recuerda que viene determinada por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, que en el numeral 4to de su artículo 195, otorga a los establecimientos hospitalarios o clínicos y a las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente.

Presupuesto que permite colegir, que en el caso de la prestación de servicios de salud en virtud del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, las normas aplicables resultan entonces el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Código de Comercio en lo relativo al contrato de transporte terrestre, por remisión expresa del primero, además, entre otros, del Decreto 056 de 2015, invocado en primera instancia, por medio del cual se reglamentó el pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, por parte de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

Es así como el decreto citado, en sus artículos 11 y 41, hace remisión expresa al artículo 1081 CCo, al referirse al término para presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, contados a partir de que la víctima fue atendida o egresó de la institución, enumerando en su artículo 26, los documentos necesarios para elevar la respectiva reclamación en caso de accidentes de tránsito, entre los que se encuentra, la factura.

Y presentada la reclamación, la compañía aseguradora, de acuerdo al artículo 36 del mencionado decreto, debe 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 el decreto y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad, y verificado ello, pagarlo dentro del mes siguiente en que se acredite el derecho de acuerdo al artículo 1077 CCo.

Luego, es colegible que el Legislador, trasladó a la IPS, la obligación del asegurado contenida en el artículo 1077 C.Co.

Puestas así las cosas y establecido que las normas aplicables son las del contrato de seguro, y las normas especiales que regulan el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, es plausible afirmar, que lo que presta mérito ejecutivo, al

tenor de lo dispuesto por el numeral 3ro del artículo 1053 C.Co y en caso del cumplimiento de los requisitos, es la póliza del SOAT, expedida por la respectiva compañía, y no la factura, que conforme el numeral 4to del artículo 26 del Decreto 056 de 2015, constituye solo uno de los anexos de la reclamación.

Con todo, no se olvida que el artículo 33 ibídem exige que la factura anexada a la reclamación debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes, pero, se itera, no para que preste per se mérito ejecutivo, sino para que sea un anexo válido de la reclamación, y ante su falta de glosa, haga prueba de cuantía.

Evento diferente es que el trámite de glosas se rija por lo establecido en el Decreto 4747 de 2007 y normas concordantes, al no existir norma especial para tales efectos, pero la factura no glosada prueba en este caso, se itera, únicamente la cuantía para efectos del pago derivado del siniestro.

En ese orden de ideas, lo que primero debe revisarse por la administración de justicia, es que la reclamación ante la aseguradora se haya elevado dentro de los términos establecidos por la norma, para en caso afirmativo, poder entender que el silencio de esta se tradujo en la falta de objeción de la respectiva reclamación.

Así lo dispone, se itera, el artículo 1053 CCo, según el cual la póliza presta mérito ejecutivo, si la reclamación aparejada de los comprobantes indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077 ibídem, no se objeta dentro del mes siguiente a su presentación.

Ahora, entratándose de una reclamación con regulación especial, el artículo 1077 CCo, debe interpretarse de consuno con el Decreto 056 de 2015, de suerte que no pueda predicarse la misma libertad probatoria que se le otorga a un beneficiario o asegurado común en relación a su indemnización.

De ahí que se entienda entonces, que a voces del artículo 26 del citado decreto, la reclamación debe encontrarse acompañada del formulario de reclamación FURIP, la epicrisis o resumen clínico con el lleno de los requisitos de los artículos 31 y 32 ejusdem, los documentos que soportan el contenido de la historia o el resumen clínico, el original de la factura o documento equivalente, y en caso de reclamarse valor de material de osteosíntesis, la factura o el documento equivalente expedido por el proveedor de la IPS.

Presentados aquellos documentos, y guardado el silencio por la compañía aseguradora, se entiende que no hubo objeción a la reclamación y que en consecuencia la póliza presta mérito ejecutivo, de manera que la compañía de seguros no pueda hacer valer frente al A quo, a título de excepciones de mérito, los reparos que tenía formular dentro del mes siguiente a la presentación de la solicitud de pago.

Pues bien, realizada esa necesaria aclaración, es imperante entonces examinar, si los documentos allegados a la demanda, demuestran una efectiva reclamación que permita colegir la existencia de un título ejecutivo y conlleve a seguir adelante la ejecución.

Aterrizada la Sala a los documentos arrimados con la demanda a efectos de solicitar el libramiento del mandamiento de pago, se acota que no se desprende a simple vista la existencia de una reclamación formal, en tanto no hay constancia en la demanda, de haberse recibido por la entidad aseguradora, cada uno de los documentos mencionados en el pluricitado artículo 26 del Decreto 056 de 2015.

En efecto, aunque los anexos sí fueron arrimados al informativo junto con la póliza, lo único que cuenta con constancia de recepción es, en algunos casos la factura emitida, y en otros el Formulario Único de Reclamación de los Prestadores de Servicios de Salud por Servicios prestados a víctimas de eventos catastróficos y Accidentes de Tránsito, sin que exista una relación de documentos

debidamente recibida, o una solicitud de pago que los mencione, o en general, algo que evidencie la reclamación formal con el lleno de los requisitos. A ello se aúna que en muchos de los casos, los documentos clínicos arrimados a la demanda tienen fecha de expedición posterior a la del sello impuesto por la demandada en las facturas y furips, evento que indica que, por lo menos, los anexados al informativo no fueron los mismos presentados a la aseguradora, que debían tener una fecha de impresión anterior a la referida reclamación.

No obstante, lo narrado por la testigo Dennis Ariza Carvajal, cuya declaración fue recepcionada a petición de la parte demandada, aunado lo expresado en la contestación de la demanda, son elementos de juicio que permiten dar por sentado que la documentación, en efecto, sí se presentó por parte de la ejecutante a la aseguradora, aunque no haya constancia en el expediente, de la recepción de cada uno de ellos individualmente considerados.

Nótese que en su narración, la mencionada testigo, que funge como Jefe de Cartera y Conciliación de la aseguradora, expuso las fases a que se somete en la empresa Axa Colpatria SA, toda solicitud de pago derivada del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito tomado con la empresa, expresando que el primer paso es la revisión de los documentos presentados, para luego continuar con las fases técnica y de la auditoria médica.

Así lo indicó al minuto 45 de la audiencia que contiene su declaración: *“Tenemos todo centralizado en Bogotá, entonces todas las IPSs deben enviar las reclamaciones de Bogotá, al área de correspondencia de la compañía. Allá le colocan una identificación, un sello y un sticker a cada reclamación. Eso pasa a una digitalización de todos los documentos entregados de acuerdo a la reglamentación, que es el Decreto 056. Deben entregar factura, deben entregar Furips, historias clínicas y soportes de cada reclamación. Posteriormente entra ya a un área técnica donde se encargan de revisar la vigencia de la póliza, la afectación, determinar si sí corresponde a un accidente de tránsito o no de*

acuerdo también a lo que decreta el 056 y se determina si hay cobertura, si es un accidente de tránsito y está por la cobertura de la póliza por la cual nos están cobrando. Esa es la parte técnica. Y si ello ya pasa las validaciones, el check list de lo que se hace se pasa a una auditoria médica que los revisan los médicos de acuerdo al Decreto 2423 que es el tarifario, y entran a revisar ya la pertinencia médica, los procedimientos que realizaron, la codificación, las tarifas de acuerdo a la reglamentación. En los casos en que en alguno de los dos procedimientos quede detenida la reclamación, en la parte técnica, que se verifique que no corresponde a un accidente de tránsito, que no cumple con los preceptos del 056, se emite una objeción, total, pidiendo los documentos que se requieren, u objetando en caso de que sean pólizas prestadas, o que no corresponda a la vigencia o a la afectación del amparo, todos los tipos técnicos. Igualmente si ya paso la reclamación a la parte de auditoria médica, se puede objetar parcialmente dependiendo del procedimiento si esta soportado o no está soportado y eso se realiza.”

Más adelante, ante las preguntas del juez y del apoderado de la aseguradora, insistió en que en el primer paso se revisa si la reclamación contiene los documentos de que habla el Decreto 056 de 2015, para luego pasar a una segunda etapa de verificación de los factores de tiempo, modo y lugar.

Y ante la pregunta del vocero judicial de la aseguradora, en relación a cuales fueron las causales de objeción de las reclamaciones de la Clínica de Fracturas, lejos de indicar que se debía a la carencia de soportes, la funcionaria contestó: *“dentro de las objeciones está, un tema de póliza prestada, que eso quiere decir que el vehículo que estuvo involucrado en muchas oportunidades se da a la fuga, o no tiene seguro obligatorio y alguien le presta la póliza para que se cobre por esa póliza que no estuvo involucrada en ese momento. Otros casos son porque no son lesiones a causa de un accidente de tránsito sino que pueden ser lesiones comunes y lo pasan también por x o y razón por afectacion de una póliza de SOAT”.*

Ello quiere decir, que la demandada y su funcionaria, aceptan de manera clara que se superó el filtro de la presentación de documentos, en la medida en que hacen referencia a una investigación de campo, o a una auditoria médica, que constituyen las etapas subsiguientes.

En otras palabras, si la parte demandante aduce que luego de investigaciones de campo, que constituyen el segundo filtro, se encontró que las pólizas habían sido indebidamente utilizadas, por ejemplo, porque los vehículos objeto del seguro no habían estado involucrados en el accidente, ello quiere decir que la documentación se presentó, se revisó, se aprobó y por ello fue objeto de la referida investigación.

Es decir, que se cumplieron por la solicitante del pago, los requisitos formales de que habla la norma contenida en el Decreto 056 de 2015, que acompañados del silencio de la aseguradora dentro del mes siguiente a la presentación, dieron mérito ejecutivo a la póliza.

Y se habla de silencio, porque no hay evidencia en el expediente, de objeción alguna por la parte demandada, en tanto ni siquiera los documentos que fueron presentados por la testigo en audiencia, que quieren hacerse ver como objeción, tienen constancia de recepción del ejecutante.

En ese orden de ideas, al haber recepcionado los documentos, como se dejó ver en el decurso procesal, y haber guardado silencio, la demandada perdió la oportunidad de objetar la reclamación, abriendo paso al cobro ejecutivo, sin que en el decurso de un trámite de tal talante, le sea posible subsanar su inactividad extraprocesal alegando las irregularidades en la utilización de la póliza por parte de los beneficiarios, en la medida en que no es este el escenario para debatir tales elementos de juicio.

Puestas así las cosas, al margen de la óptica desde la cual se vio el cobro en primera instancia, en efecto sí se presentó un título ejecutivo derivado de una reclamación no pagada, sin que pueda el demandado pretender que en este estadio, entre el juzgador a determinar la procedencia de la reclamación, solo porque obvió el conducto regular que para tales efectos consagró el Legislador, en atención a que ello desnaturalizaría todo el trámite.

Los reparos tendientes a desvirtuar la existencia del título o su exigibilidad, no están entonces llamados a prosperar.

2.6. De otro lado, insiste la entidad apelante, en la excepción de prescripción, alegando que entre la fecha de prestación del servicio que se toma como inicio del conteo prescriptivo, y el cobro judicial, transcurrieron en muchos de los casos, los dos años de que habla el artículo 1081 del Código de Comercio, habida cuenta que la demanda fue presentada el 19 de diciembre de 2017, y existen muchas atenciones anteriores al 19 de diciembre de 2015.

Al respecto viene expresado de tiempo atrás, que debido a que el Código de Comercio no regula lo relativo a la interrupción de la prescripción, debe acudir, por remisión expresa del artículo 822 de este compendio, a las normas de derecho civil.

De allí que se entendiera con anterioridad, que a voces del artículo 2539 C.C., la interrupción civil solo operaba con la demanda judicial, lo que en concordancia con el artículo 90 del C.P.C, obligaba al demandante a notificar dentro del término del año contado a partir de la notificación del auto admisorio o el mandamiento ejecutivo, so pena de entenderla interrumpida con la efectiva notificación.

Sin embargo, con la expedición del Código General del Proceso, tal percepción cambió, habida cuenta que su artículo 94, también permitió que obrara

la interrupción de la prescripción *“por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor”*, por una sola vez.

De lo anterior es plausible afirmar entonces, que la prescripción de que habla el artículo 1081 del Código de Comercio, y que empieza a contabilizarse en efecto con la prestación del servicio por parte de la IPS, se interrumpe efectivamente con la referida formulación de la reclamación.

Es decir, que lo exigido por las normas, según dicta la hermenéutica, es que no transcurran más de dos años, entre la ocurrencia del siniestro, que en este caso se confunde con la prestación del servicio, y la reclamación con base en la póliza, ni entre esta última y la demanda.

Bajo ese hilo de pensamiento, y teniendo en cuenta que no transcurrieron dos años entre la prestación de los servicios cuyo pago se solicita, y la reclamación elevada, ni entre esta última y la demanda judicial notificada dentro del término de un año, puede predicarse que la excepción de prescripción no está llamada a la prosperidad.

Conforme a todo lo expuesto, se impone confirmar la decisión apelada, aunque por razones sustancialmente diferentes a las esbozadas por el juez de primera instancia.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE:

PRIMERO: **Confirmar** la sentencia de fecha 22 noviembre de 2019, dictada por el Juzgado 13° Civil del Circuito de Barranquilla, dentro del presente proceso ejecutivo, promovido por Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología SA contra Axa Colpatria Seguros SA.

SEGUNDO: Costas a cargo de la parte demandada. Por la Secretaría del A quo, inclúyase en la respectiva liquidación, medio mínimo legal mensual vigente, a título de agencias en derecho de segunda instancia.

TERCERO: Ejecutoriada la presente decisión, y hasta que se den las condiciones para su remisión física, vuelva el expediente al juzgado de origen, de manera digital. Anótese su salida.

- Aprobado en sala virtual -

GUIOMAR PORRAS DEL VECCHIO

Magistrada Sustanciadora

- Aprobado en sala virtual -

SONIA ESTHER RODRÍGUEZ NORIEGA

Magistrada

- Con aclaración de voto en sala virtual -

VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ

Magistrada



Consejo Seccional de la Judicatura Atlántico
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA
SALA DE DECISION CIVIL-FAMILIA

Radicación: (42.686) 008-001-31-53-013-2017-00149-03

ACLARACIÓN DE VOTO

MAGISTRADA: VIVIAN VICTORIA SALTARIN JIMÉNEZ

Aunque comparto la decisión que se adopta en el proceso de la referencia, al resolver el recurso de apelación contra la sentencia de primer grado, he de aclarar que la Sala Séptima Civil Familia de esta Corporación, en la que funjo en calidad de Magistrada Sustanciadora, somos del criterio jurídico de que, para proceder al cobro de los servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos, de laboratorio, etc., que las Instituciones Prestadoras de Salud suministran a los pacientes cobijados por pólizas de seguros SOAT, pueden estas entidades constituir un título ejecutivo, -factura de venta de servicios médicos expedida en la forma prevista en la Ley 1231 de 2008 que modificó los arts. 772 a 779 del Código de Comercio, acompañada de los anexos exigidos por la Resolución No. 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social-, y en ese caso con posibilidad de ejercer la acción cambiaria y que el asunto se resuelva conforme a las previsiones normativas de este título valor. Y también pueden dichas Instituciones Prestadoras de Salud, por dimanar la obligación de pago de tales servicios de un contrato de seguros, enrutar la reclamación con fundamento en las normas que para esta figura jurídica tiene previsto el Código de Comercio, en concordancia con el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Decreto 056 de 2015 reglamentado por el Decreto 780 de 2016, y demás normas concordantes como lo estipula el art.2.6.1.4.4.1., núm.8 del último decreto mencionado.

Respecto de esta posición jurídica, la Sala de Casación Civil de la H. Corte Suprema de Justicia, al resolver la acción de tutela Rad. 11001-02-03-000-2020-01500-00 promovida en contra de nuestra Sala de Decisión por haber resuelto el

asunto del cobro de facturas por prestación de servicios médicos SOAT con base en las previsiones normativas dispuestas en la Ley 1231 de 2008 que modificó los arts. 772 a 779 del Código de Comercio y la Resolución No. 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, considerando que los documentos allegados como base de la ejecución -facturas de venta de servicios médicos-, constituían títulos valores, dicha Corporación, en sentencia de Agosto 5 del presente año, razonó:

“...Así las cosas, la Sala concluye que la decisión controvertida no luce antojadiza, caprichosa o subjetiva, con independencia de que se comparta, descartándose la presencia de una vía de hecho, de manera que el reclamo de la peticionaria no halla recibo en esta sede excepcional.

Y es que, en rigor, lo que aquí planteó la tutelante es una diferencia de criterio acerca de la valoración efectuada en la sentencia definitiva del asunto criticado; en cuyo caso tales inferencias no pueden ser desaprobadas de plano o calificadas de absurdas o arbitrarias, *“máxime si la que ha hecho no resulta contraria a la razón, es decir si no está demostrado el defecto apuntado en la demanda, ya que con ello desconocerían normas de orden público ...y entraría a la relación procesal a usurpar las funciones asignadas válidamente al último para definir el conflicto de intereses (CSJ STC. 11 ene, 2005, rad. 1451, reiterada STC7135 2 jun, 2016, rad. 2016-01050).*

Sobre el particular, también se ha dicho de forma reiterada que *“no se puede recurrir a la acción tutelar para imponer al fallador una determinada interpretación de las normas procesales aplicables al asunto sometido a su estudio, o una específica valoración probatoria, a efectos de que su raciocinio coincida con el de las partes” (CSJ, STC, 18 abr, 2012, rad.2012-0009-01; STC, 27 jun.2012, rad.2012-00088-01; y STC, 12 ago. 2013, rad. 2013-00125-01).*

De manera entonces, que aunque comparto el análisis que se ha efectuado en este caso, tomando como punto de referencia normativa las disposiciones que regulan el contrato de seguros; se torna necesario presentar la aclaración en los términos antes referidos.

Fecha ut supra,



VIVIAN VICTORIA SALTARÍN JIMÉNEZ
Magistrada



ABRIL OCHO (8) DEL DOS MIL DIECINUEVE (2019)
RADICACION 00156-2018

Se pronuncia el Despacho en relación con el recurso de reposición presentado el día 15 de agosto del 2018 por el apoderado de La COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., en su calidad de demandado, contra el auto de mandamiento de pago de fecha 19 de julio del 2018 a fin de ser revocado en su totalidad.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO

Manifiesta el recurrente que hay inexistencia del título ejecutivo, ya que las facturas aportadas no reúnen los requisitos legales.

Manifiesta que COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para prestación o venta de servicios médicos con la CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A., ni con ninguna otra situación de salud del país. Que las facturas aporta como título ejecutivo el demandante, hacen parte de reclamaciones por atención de pacientes en lo relacionado con el seguro obligatorio de daños corporales causados a personas en accidente de tránsito (SOAT).

Que en virtud de estar frente a un contrato de seguro, no es cierto ni admisible que el demandante afirme que los servicios médicos hospitalarios los prestó el mandante por autorización del demandado.

Que a pesar de que las facturas de venta causadas por prestación de servicios de salud, su cobro su cobro ante las entidades aseguradoras del país por atención de personas víctimas de accidentes de tránsito con fundamento en el SOAP, se encuentra precedido de la reclamación, que además de las facturas se exige allegar los comprobantes y documentos necesarios para formalizar la misma, atendiendo exigencias de las normas generales aplicables al contrato de seguro (art. 1077C.Co.) Decreto 3990 de 2007 y decreto 056 de 2015(hace transcripción de las normas citadas y una parte de una sentencia del Tribunal superior de Barranquilla).

Que la demandante aporta las facturas que pretenden le sean reconocidas, pero no aporta los documentos necesarios para constituir el título ejecutivo, (Decreto 3990 del 2007 y Decreto 056 del 2015) al tratarse de años 2013 y 2017. Para lo cual deben aparejarse los documentos necesarios.

Que una vez presentada la reclamación aparejada de comprobantes y documentos señalados el asegurador cuenta con el término de un mes para objetar o proceder al pago de estas (art. 5053 del Co. Comercio) Que la doctrina ha establecido que para que la póliza preste merito ejecutivo por si sola solamente a título de sanción por la inoportunidad en la objeción razón por la cual se permite tal vía procesal.

Que los documentos que no se aportan son: formulario de reclamación diligenciado, Epicrisis con datos específicos y soportes, certificación del tránsito o policía competente o fotocopia del croquis del accidente o la denuncia correspondiente del accidente de conformidad con el decreto 3990 de 2007 y decreto 056 de 2015.

Que las facturas aportadas no reúnen los requisitos legales para constituirse el título ejecutivo complejo, por lo que manifiesta que las facturas de venta aportadas, no prestan merito ejecutivo por carecer de los requisitos legales para este tipo de documentos. Por lo que solicita se revoque el auto de mandamiento de pago de fecha 19 de julio del 2018.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

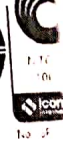
El recurso de reposición es un recurso ordinario muy utilizado contra las decisiones administrativas y judiciales, pues se busca que la persona que tomó la decisión evalúe las inconsistencias y con base en esto, revoque o reforme la decisión. Es importante precisar

Palacio de Justicia, Calle 40 No. 44-80 Piso 8

Telefax: 3400617. www.ramajudicial.gov.co

Email: ccto05ba@cendoj.ramajudicial.gov.co

Barranquilla – Atlántico. Colombia



No SC5780 - 4

1.0

que en muchos casos el recurso de reposición es un requisito para interponer el recurso de apelación y que independientemente de si es un proceso administrativo o civil se rige por las normas del código general del proceso.

Del recurso se corrió traslado a la parte demandante en fijación lista el día 23 de Noviembre del 2018 (Visible a folio 595 del cuaderno principal).

Se trata en este caso de una acción ejecutiva para el cobro de unas sumas de dinero que derivan de unas facturas que, a su vez, representan servicios de salud prestados por la CLINICA LA VICTORIA S.A., a víctimas de accidentes de tránsito, cubiertos por el SOAT y a cargo de COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., documentos descritos con suficiencia en la demanda y que por razones de brevedad, es innecesaria su descripción,

Pues bien, se trata de dilucidar en este asunto, si acertó el Juzgado al dictar mandamiento de pago o si, como arguye la recurrente, las facturas no prestan merito ejecutivo por ser un título complejo que requiere una documentación adicional, ya que considera que únicamente la póliza presta merito ejecutivo por si sola cuando es una sanción.

Para poner la situación en contexto, el Juzgado comenzó su providencia señalando que las facturas aportadas se ajustan a los requisitos de las normas que le son propias a esta actividad. A partir de allí, señaló que las facturas debidamente descritas por la Clínica la Victoria S.A., fueron remitidas a la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., así en su totalidad tienen fecha de recibido por parte de la compañía aseguradora, dichas facturas contienen numeración consecutiva, fecha de expedición y descripción del servicio prestado y su valor.

Sin embargo la reglamentación que circunscribe al pago contenido en las facturas de venta por concepto de servicios prestados a pacientes amparados con pólizas de seguro SOAT, es necesario señalar que conforme al decreto 056 de 2016 aplicable al caso concreto dado al servicio de salud prestado, se deben allegar otros documentos necesarios para que se integre el título ejecutivo complejo y así estas facturas presten merito ejecutivo., específicamente en el art. 26 del decreto 056 de 2016, como acertadamente lo señala el recurrente en su escrito: 1.- formulario de reclamación diligenciado, 2.-Epicrisis con datos específicos y soportes de historia clínica.

Revisadas las facturas aportadas se advierte que no se anexaron a las mismas los documentos descritos, correspondiente a cada paciente ya que se trata del cobro por prestación de servicios en razón del SOAP, por consiguiente se verifica que no se cumplieron a cabalidad los presupuestos constituidos por el artículo descrito. Así las cosas se procede a revocar el auto de mandamiento de pago de fecha 19 de julio del 2018 por lo expuesto y en su lugar se rechaza la presente demanda por falta de requisitos formales de las facturas aportadas. Por lo expuesto el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Barranquilla,

RESUELVE

Revocar el auto de mandamiento de pago de fecha 19 de julio del 2018 por las razones anteriormente expuestas. En su lugar rechazar la presente por falta de requisitos formales del título aportado.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

La Juez,

CANDELARIA OBYRNE GUERRERO.

JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA NOTIFICACIÓN POR ESTADO La anterior providencia se notifica por anotación en Estado No. 24-19 Hoy 24-19
--