



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Quinto de Pequeña y Competencias Múltiples de Neiva

Neiva Huila, Junio veintinueve (29) de dos mil veintiuno (2021)

Proceso: EJECUTIVO
Demandante: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Demandado: SEGUROS DEL ESTADO S.A.
Radicación: 4100141890052019-0050300

Del anterior escrito de excepciones presentado por el demandado a través de Apoderado judicial, dese traslado a la parte demandante, por el término de diez (10) días, para los efectos indicados en el artículo 443 del C.G.P.

Notifíquese.

RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA

Juez

Lhs



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

***Juzgado Quinto de Pequeña y Competencias Múltiples
de Neiva***

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
DE NEIVA**

Neiva, 29 de junio de 2021 en la fecha hago constar que para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. 038 hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIO

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES
DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días _____

SECRETARIO

SEÑOR:

**JUEZ QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE
NEIVA**

E. S. D.

Referencia: Ejecutivo Singular N° **41-001-40-89-005-2019-00503-00**

Demandante: **Clínica de Fractura y Ortopedia LTDA**

Demandado: **SEGUROS DEL ESTADO SA**

JULIAN DAVID TRUJILLO MEDINA, mayor, domiciliado en Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 80.850.956 de Bogotá y Tarjeta Profesional No. 165.655 del C. S. J. del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de Apoderado de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, por medio del presente escrito procedo a contestar la demanda, en los siguientes términos:

I. PRESENTACIÓN DEMANDADO

(num. 1, art. 96 CG del P).

1

La demandada es la sociedad comercial **SEGUROS DEL ESTADO SA**, creada conforme las leyes de la República de Colombia, e identificada con el NIT 860.009.578-6. Dicho ente encuentra su domicilio en la ciudad de Bogotá DC, en la Carrera 11 N° 90 - 20, y cuenta con el buzón electrónico juridico@segurosdeleestado.com

La sociedad anotada es representada legalmente por el ciudadano colombiano **HECTOR ARENAS CEBALLOS**, quien se identifica con la cédula N° 79.443.951 expedida en Bogotá y se encuentra en uso, goce y ejercicio pleno de sus derechos civiles y políticos; cuyo domicilio también se encuentra en la ciudad de Bogotá.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

(num. 2, art. 96 del CG del P)

El hecho **primero** de la demanda: Contiene varios hechos que contestamos de la siguiente manera:

(i) Es cierto que la atención médica de urgencias debe brindarla la IPS demandante, pero lo hace por imperativo constitucional (art. 11, 48 y 49 Const. Pol) y legal. Veamos:

a. Para el año 2018 y 2019, cuando se emitieron las facturas que sirven – *erradamente* – para el presente cobro judicial, se encontraba (y se encuentra) vigente el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, el literal B del artículo 10 de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, el artículo 195 del Decreto Ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en adelante “EOSF”) y la Resolución 5596 de 2015, emanada del Ministerio de Salud y Protección Social.

b. Según tales cuerpos normativos del derecho nacional, las IPS están en la obligación de prestar atención inicial de urgencias a toda persona, sin importar quién deba pagar el precio por dicho servicio.

c. Así entonces, para brindar atención inicial de urgencias no hace falta que exista un contrato, porque salvar la vida de un ser humano no debe estar supeditado al pago por el servicio.

(ii) Es cierto que la IPS demandante se encuentra inscrita y habilitada para prestar servicios de salud entre el 15 de abril de 2003 y el 31 de agosto de 2021, según el reporte que arroja la consulta en la base de datos pública REPS, del Ministerio de Salud, efectuada el 4 de marzo de 2021:

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
Nit:NI Cédula ciudadanía:CC NI 800110181 - 9 Cédula extranjería:CE Naturaleza Jurídica Privada					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento Huila Municipio NEIVA					
Código de Prestador 4100100466 - 01					
Nombre del Prestador CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Clase de Prestador Instituciones - IPS Empresa Social del Estado NO					
Dirección CALLE 18 # 6-65					
Teléfono(s) 8756349 - 8753436 - 8752255					
Fax 8753441					
Correo Electrónico fracturas_2005@hotmail.com					
Razón Social CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA					
Representante Legal MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS					
Nivel Atención Prestador Carácter Territorial					
Fecha de Inscripción 20030415 Fecha de Vencimiento 20210831					
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 04 de marzo de 2021 (9:04 p. m.)					

(iii) No se admite que la IPS demandante hubiese brindado atención inicial de urgencias conforme a su “nivel de complejidad” o “atención” que se encuentra regulada en el Decreto 2423 de 1996 y las Resoluciones 5261 de 1994, 2816 de 1998 y 5521 de 2013 del Ministerio de Salud.

De hecho, sobre éste particular, y conforme lo regula el artículo 167 del CG del P, le solicitamos a Su Señoría, haga uso de la carga dinámica de la prueba para que la demandante pruebe que los servicios que dice haber prestado corresponde a su habilitación por nivel de “complejidad” y “atención”; pues, de suyo, el REPS muestra los siguientes servicios habilitados:

(21) registros encontrados.

1						
Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	101 -GENERAL ADULTOS	DHS105714
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	102 -GENERAL PEDIÁTRICA	DHS105715
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	203 -CIRUGÍA GENERAL	DHS105716
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	205 -CIRUGÍA MAXILOFACIAL	DHS105717
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHS105718
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	209 -CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHS105720
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	213 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	DHS105721
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	301 -ANESTESIA	DHS105723
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	304 -CIRUGÍA GENERAL	DHS536140
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	328 -MEDICINA GENERAL	DHS105724
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	DHS105725
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	340 -OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHS105726
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	359 -CONSULTA PRIORITARIA	DHS105727
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	369 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	DHS105728
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	387 -NEUROCIRUGÍA	DHS105729
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	501 -SERVICIO DE URGENCIAS	DHS105730
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	710 -RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	DHS105732
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	713 -TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	DHS554198
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHS105733
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	739 -FISIOTERAPIA	DHS105734
Huila	NEIVA	4100100466	01	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	950 -PROCESO ESTERILIZACIÓN	DHS301335
1						

d. No es cierto que no se requiera contrato para ejercitar el cobro que aquí se adelante. Señoría, una vez se presta la atención médica la IPS genera la cuenta, y, justo aquí es donde tiene relevancia la existencia del contrato o encargado de pagar dichos servicios. En éste caso, el pago se subordina al contrato de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT – y sus normas reguladoras, pues, dicho contrato, es totalmente dirigido e intervenido por el Estado.

El hecho **segundo** de la demanda: Contiene varios hechos que contestamos así:

(i) Es cierto, como quedó antes indicado, existe y/o existió un contrato de seguro – SOAT – cuyo amparo de gastos médicos, quirúrgicos,

farmacéuticos y hospitalarios por lesiones (lit. a, art. 193 del EOSF) se quiere afectar en busca de la correspondiente indemnización.

(ii) No es cierto que la IPS demandante presentó las facturas que relaciona. Lo verdadero es que pretendió formular reclamaciones para afectar pólizas SOAT, en donde las facturas están despojadas de cualquier mérito cambiario. Veamos:

a. La Sala Civil de Casación de nuestra Corte Suprema de Justicia, ha presentado 5 salvamentos de voto ante la Sala Plena de esa misma corporación judicial (rad. APL2642-2017, APL1531 de 2018, APL4298 de 2018, APL2208 de 2019 y APL3861 de 2019), en donde explicó:

«(...) [e]l empleo de facturas no torna la relación ajena a la relación de seguridad social, máxime cuando dichos instrumentos, no son los únicos utilizados y **sobre todo porque dada la especial reglamentación en la materia, los mismos quedan desprovistos de cualquier mérito cambiario**, en caso de haberse elaborado como título valor, y no como la simple factura tributaria, pues **la normativa particular establece requisitos totalmente ajenos al estatuto comercial que se ocupan de los anexos, términos de presentación, glosas y condiciones de pago, todos vinculados a la dinámica auténtica del SGSSS y de las pólizas de Seguro obligatorio de Accidentes de tránsito Soat.**

Ciertamente, en dicho escenario, por regla general, la factura cumple una función diferente a la prevista para los títulos valores, teniendo previsiones diferenciales a las del Código de Comercio, en aspectos capitales como los sujetos intervinientes en su perfeccionamiento, requisitos de exigibilidad y pautas sobre la oportunidad para la obtención del pago.

Lo visto por cuanto es sentida la necesidad de someter los distintos actos al cumplimiento de los fines del sistema y equilibrar las tensiones existentes entre el imperativo de salvaguardar la recta destinación de los recursos y el deber de garantizar un flujo eficiente y adecuado de los mismos que permita el correcto funcionamiento de los agentes, en particular de las IPS, quienes de forma directa atienden las contingencias que pretende cubrir toda la estructura organizacional (ver Decreto 1281 de 2002 y artículos 13 de la Ley 1122 de 2007 y 111 del Decreto Nacional 019 de 2012 y demás disposiciones concordantes y complementarias)

Se resalta que la naturaleza y diseño de las instituciones, relaciones y prestaciones propias del SGSSS, más allá de la notable participación privada, riñen con los elementos sustanciales que definen los títulos valores en general y la factura cambiaría o simplemente factura en particular; ello,

tanto antes como después de la reforma introducida por la Ley 1231 de 2008, «Por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones (...)».

-Se resalta-

b. Tan cierto es lo que la Sala Civil de nuestra Corte Suprema de Justicia plantea respecto a la factura desprovista de cualquier mérito cambiario, que la regulación especial del SOAT, vertida en el EOSF (art. 194) prescribe:

«En el seguro de que trata este capítulo todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y de sus consecuencias dañosas para la víctima.

Se considerarán pruebas suficientes, además de todas aquellas que la víctima o el causahabiente puedan aducir, cualquiera de las siguientes que resulte pertinente, según la clase de amparo:

a) <Literal a) modificado por el artículo [244](#), numeral 2 de la Ley 100 de 1993. El texto es el siguiente:> A certificación sobre la ocurrencia del accidente. El Gobierno Nacional reglamentará la forma en que habrá de demostrarse la ocurrencia de éste. Será prueba del mismo la certificación que expida el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario.

b. La certificación de la atención por lesiones corporales o de incapacidad permanente, causadas a las personas en accidentes de tránsito, expedida por cualquier entidad médica, asistencial u hospitalaria, debidamente autorizada para funcionar;

Para la expedición de esta certificación se exigirá la denuncia de la ocurrencia del accidente de tránsito, la cual podrá ser presentada por cualquier persona ante las autoridades legalmente competentes (...)»

-Se resalta-

A su turno, el numeral 4° del artículo 195 del mismo EOSF, pregona:

«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»

-Se resalta-

El artículo 1077 del Código de Comercio, a su vez, prevé «Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso (...) **El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad**» -Se resalta-.

No en vano, el numeral 6° del artículo 244 de la Ley 100 de 1993 regula:

«(...) Cuando las compañías aseguradoras encuentren que existen serios motivos de objeción a la reclamación que presenten las entidades clínicas hospitalarias, deberán poner en conocimiento del reclamante tales objeciones, dentro del término previsto para el pago de la indemnización. No obstante, deberá en todo caso la aseguradora pagar como anticipo imputable a la indemnización, una suma equivalente al porcentaje que reglamente el Gobierno Nacional, siempre que la reclamación se haya presentado de conformidad con lo dispuesto en las normas que la regulan»

6

-Se resalta-

c. Tan es así, que para el año 2019 (*fecha en que se emitieron las facturas*) el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud N° 780 de 2016, indica:

«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 [furips]

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»

-Se resalta-

El artículo 2.6.1.4.3.7 del mismo decreto, dispone que «La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes»; es decir, entre otras, con el artículo **2.5.3.4.10 que señala** «Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social»

Tales soportes se encuentran contemplados en el numeral 8 literal B del anexo técnico N° 5 de la Resolución N° 3047 de 2008¹ expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que regula como tales – *tratándose del servicio inicial de urgencias que señala la demandante* –, los siguientes:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Informe de atención inicial de urgencias.
- d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.

¹ Modificada por las Resoluciones 416 de 2009, 3385 de 2011, 4331 de 2012 y 458 de 2013.

- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Comprobante de recibido del usuario.
- (...)

Valga señalar, el anexo técnico N° 5 de la Resolución 3047 de 2008 también indica los soportes que deben acompañarse a las reclamaciones para afectar pólizas SOAT cuando se pretenda cobrar servicio de urgencia y servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria).

d. Así, a diferencia de la factura cambiaria de compraventa, que goza de tres (3) días para su aceptación tácita (art. 86, L. 1676 de 2013), la reclamación para afectar pólizas SOAT, en donde la factura es apenas un anexo para la demostración de la cuantía del siniestro (art. 1077, C. de Cio), tiene el siguiente trámite, previsto en el DUR del Sector Salud N° 780 de 2016:

*«(...) artículo 2.6.1.4.3.10. Verificación de requisitos. **Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este capítulo y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.***

8

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

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

Parágrafo 2°. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten

pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo 6° de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo 131 de la citada ley.

Parágrafo 3°. Cuando un evento de los que trata el presente capítulo afecte a un grupo étnico que en razón de sus condiciones socioculturales manifieste la imposibilidad de acreditar los documentos de que tratan los artículos 2.6.1.4.2.20 a 2.6.1.4.3.3 de este acto administrativo, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces, en atención a dichas condiciones, podrá establecer los documentos equivalentes a estos para la verificación de los requisitos previstos en el inciso primero del presente artículo»

-Se resalta-

(iii) No es cierto que cada una de las solicitudes de indemnización relacionadas en éste hecho, se hubiesen formalizado, porque, ciertamente, la IPS omitió aportar el total de los antedichos requisitos (FURIPS, epicrisis, factura detallada, aceptación del paciente, etc). Así, tales solicitudes apenas quedaron en avisos del siniestro (art. 1075 del C. de Cio).

9

(iv) Es cierto que unas pocas solicitudes de indemnización pasaron el estudio de procedencia y se formalizaron como reclamaciones, sin embargo, SEGUROS DEL ESTADO SA, las objetó (art. 1053 y 1081 del C. de Cio) y/o las glosó (art. 57, L. 1438/11 y Anexo Técnico N° 6 de la Res. 3047/08).

(v) Es cierto que aquellas reclamaciones que fueron objetadas y/o glosadas (son actos jurídicos diferentes) parcialmente, se pagaron en lo no glosado u objetado, por parte de SEGUROS DEL ESTADO SA.

El hecho **tercero** de la demanda: No se admite, sin embargo, con apoyo en los artículos 16 y 101 del CG del P, entendemos que se prorrogó la competencia de Su Señoría.

El hecho **cuarto** de la demanda: Contiene varios hechos, que respondemos así:

(i) No es cierto que los términos para pagar la indemnización, glosar u objetar la reclamación no se acataran por SEGUROS DEL ESTADO SA.

a. La reclamación es la presentación del Formulario Único de Reclamaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por Servicios Prestados –FURIPS- con todos los anexos que se han tratado anteriormente.

b. Si uno, cualquiera, o varios de los requisitos para formalizar la reclamación hace falta, los términos para efectuar el estudio de procedencia no inician, y se toma apenas como un aviso del siniestro (art. 1075, C. de Cio).

c. Sin embargo, la IPS cuenta con el plazo previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio (C. de Cio) para formalizarla, so pena que opere la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

d. La demandante, omitió presentar una debida reclamación. Y, una vez formalizada, SEGUROS DEL ESTADO SA, la glosó u objetó, ello, dentro del término que legalmente corresponde a cada uno de dichos actos jurídicos (art. 57, L. 1437/11 el primero y art. 1053 y 1081 del C. de Cio, el segundo).

(ii) Es cierto que SEGUROS DEL ESTADO SA, realizó pagos sobre porcentajes o partes de la reclamación efectuada por la demandante, en tanto, no fueran glosados u objetados. Sin embargo, la demandante no indicó como imputó dichos pagos, y, ya que los ha confesado, es de su carga probatoria, demostrar su imputación (arts. 167 y 191, CG del P y art. 1653, CC).

El hecho **quinto** de la demanda: Contiene varios hechos que contestamos así:

(i) Es cierto que el artículo 4 del Decreto 1281 de 2002, regula el cobro de intereses moratorios.

(ii) No es cierto que SEGUROS DEL ESTADO SA, se encuentre en mora de pagar. Sobre este particular llamamos a colación la Resolución 1915 de 2008 - modificada por la Resolución 1136 de 2012 - emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que adoptó el denominado «*Formulario Único*

de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos (Furips); y regula, respecto al pago de la indemnización, en su artículo 6, lo siguiente:

«Artículo 6o. Pago de la indemnización. Las compañías de seguros y la Subcuenta ECAT de Fosyga deberán cancelar el valor de los gastos facturados **que no hubieren sido objetados dentro del término previsto en el artículo 1080 del Código de Comercio.**

Dentro del mismo plazo, deberán poner en conocimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud las objeciones a los gastos facturados»

-Se resalta-

El hecho **sexto** de la demanda: Se admite parcialmente, porque, si bien el artículo 1080 del Código de Comercio prevé el pago de intereses ante la omisión de indemnización de una reclamación, también debe tenerse presente que, cuando la IPS preste los servicios de medicina, hospitalización, farmacia y cirugía, habrá de presentar, con el lleno de las formalidades legales, las correspondientes reclamaciones, y, a su vez, dichas reclamaciones pueden ser glosadas u objetadas, también, en los términos de Ley.

11

El hecho **séptimo** de la demanda: No es cierto que las facturas y otros documentos integren un título valor. Se admite que la reclamación en seguros, en general, y para el SOAT, en particular, cuando se formaliza y no se obtiene una respuesta del asegurador (objeción, glosa, devolución o pago) dentro del mes siguiente a su radicación, conforma un título ejecutivo complejo con todos sus soportes y/o anexos legales (num. 3° del art. 1053, CCio y num. 4, art. 195 EOSF).

El hecho **octavo** de la demanda: Es cierto.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

(num. 2, art. 96 del CG del P)

A la **primera pretensión** de la demanda: Nos oponemos.

A la **segunda pretensión** de la demanda: Nos oponemos.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO (num. 3, art. 96 del CG del P)

(I) LA IPS EFECTÚA COBROS DOBLES – EXCEPCIÓN DEL NEGOCIO CAUSAL

Varias de las reclamaciones que tiene Su Señoría en el caso *sub examine*, fueron glosadas porque la IPS pretende incluir servicios médicos dos veces. Por ejemplo, en un caso (factura N° 169339) SEGUROS DEL ESTADO SA, glosó la reclamación porque «La factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en el respectivo plan o hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente»; es decir, «Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral»

12

Para el siniestro N° 21528/2018*3 (factura N° 168429) SEGUROS DEL ESTADO SA, glosó la reclamación porque «En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.»; esto es, que la «IPS Se ratifica valor glosa ya que se registra cobros de consultas que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador, lo cual no da lugar a cobro al estar incluidos sus honorarios en el procedimiento descrito según parágrafo 7, Art 48 y 76 del Decreto 2423 de 1996.»

Es decir, Señoría, la IPS cobró por usar un insumo, sin reparar se encuentra incluido en la atención integral.

La IPS, en tal sentido, lo que busca es rentabilizar dos y hasta tres veces un mismo acto médico. Primero, lo cobra como un acto integral – *servicio inicial de urgencia* – y luego lo desagrega para recobrarlo – *aplicación de medicamentos y/o uso de la sala de observación en el pabellón de urgencias* –.

(II) LA EJECUCIÓN ESTÁ BASADA EN RECLAMACIONES NO EN FACTURAS

a. Será bueno recordar un poco el trasegar de la acción cambiaria y los títulos valores de la mano del Profesor César Ramos Padilla², quién señala:

La Historia del Derecho Cambiario surge en la Italia Medieval, con el origen de la letra de cambio, concebido como contrato de cambio trayecticio, hasta los que perciben su naturaleza jurídica referido a un surgimiento y desarrollo autónomo.

Rafael De Turri (1641), Ansaldo De Ansaldi. (1689) y José María Lorenzo De Casaregi. (1737) consideraron que el fundamento de la obligación cambiaria era de naturaleza consensual, atribuyéndose al título una función meramente probatoria de un contrato literal de cambio trayecticio, surgido y generado de un “pactum de cambiando”. José María Lorenzo De Casaregi expresaba que “la cambial sirve solamente de medio y de órgano para dar ejecución”.

La Teoría General de los Títulos Valores o Títulos de Crédito o Títulos Circulatorios, es una elaboración conceptual de las escuelas comercialistas alemana e italiana³.

El jurista español Uria describe las etapas de la construcción de la teoría de los títulos de crédito, en primer término, la posición doctrinal que valoró especialmente el aspecto de la incorporación del derecho al título (SAVIGNY), entendida metafóricamente en el sentido de que, transfundido el derecho al documento, la suerte del primero queda unida inseparablemente a la del segundo; el derecho no se puede exigir ni transmitir sin el documento y sigue las vicisitudes de éste. Un segundo paso consistió en destacar al título de crédito de los demás documentos jurídicos (probatorios, dispositivos, constitutivos), partiendo de la necesidad de la posesión del documento para el ejercicio del derecho (BRUNNER). Y por último, tomando como base esa necesidad de poseer el documento y de exhibirlo, se elabora a fondo la noción de la legitimación, y se hace de ésta el eje del concepto del título de crédito, en el doble sentido de que, sin la exhibición del documento, ni el deudor está obligado a cumplir ni cumplirá con eficacia liberatoria (JACOBY)⁴.

El maestro sanmarquino Ulises Montoya Manfredi precisa que la construcción doctrinaria de los títulos valores se

² Profesor de la UNMSM y la UPSJB; auto del texto *Teoría General de los Títulos Valores*. Boletín Virtual, Perú, Asociación Universidad. Privada San Juan Bautista, 2005, p. 1.

³ SILVA VALLEJO, José Antonio. *Teoría General de los Títulos Valores*. Libro Homenaje a Ulises Montoya Manfredi. Cultural Cuzco, Lima 1989. Páginas 649, 650 y 651

⁴ URÍA, Rodrigo. *Derecho Mercantil*. Decimonovena Edición. Marcial Pons, Ediciones Jurídicas S.A. Madrid, 1992. Páginas 834 y 835

inicia con *Savigny*, que aportó la idea de la incorporación del derecho al documento. Más tarde, *Brünner* agregó la nota de literalidad y finalmente *Jacobi* añadió el elemento de la legitimidad. La fórmula quedó integrada por *Vivante*, al expresar éste que los títulos-valores son documentos necesarios para ejercer el derecho literal y autónomo que en ellos se consigna⁵.

El mismo Profesor enseña, que en 1848, la Escuela Comercialista Alemana postuló el principio de formalidad, así como los fundamentales principios de literalidad y de abstracción, que caracterizan a la obligación cambiaria. Años más tarde, la misma escuela instó que el suscriptor del título emite una promesa dirigida al público, de pagar de conformidad con las cláusulas insertas en el título; y, para que en el público surja la confianza de que la promesa será mantenida, fue necesario asegurar al poseedor un derecho autónomo, aquello que no puede hacerse en donde la relación entre el suscriptor y el primer tomador sea concebida como un contrato, debiéndose, en consecuencia, sostener que el primero de los poseedores transmite a los siguientes un derecho en todo igual al suyo, por lo cual, la promesa de pago es un acto unilateral y emancipa al título de sus antecedentes negociales.

14

Esos son los atisbos que permitieron en 1857 (Kuntze) se trajera al mundo la teoría de la creación cambiaria, «(...) según la cual el título valor nace como un negocio jurídico perfecto en cuanto obligación cambiaria y en cuanto crédito accionable desde el momento en que la cambial es redactada, declarándose así la voluntad unilateral y perfecta de obligarse. Ello significa que la fuente de la obligación cartular es la declaración unilateral de voluntad del emisor, precisándose que el tercero que haya adquirido la posesión del título valor lo haga de buena fe (...); y, desde allí, Heinrich Brünner (1840 – 1915) formuló la definición de los títulos valores diciendo que «(...) es el documento de derecho privado, cuya realización está subordinada a la posesión del documento (...)»⁶.

Cuan importantes e incidentes las tesis de la escuela comercialista alemana que determinó, con aportes de la escuela mercantil italiana en cabeza de

⁵ MONTROYA MANFREDI, Ulises. Comentarios a la Ley de Títulos Valores. Editorial Desarrollo. Lima, 1982. Página 16

⁶ SILVA VALLEJO, José Antonio. Obra citada Páginas 650, 651, 652, 653 y 654

Vivante⁷, que toda relación devenida de títulos valores merece un trato especial y discordante con el contractual, salvo por sus propias excepciones personales.

Así, el cambial – *instrumento negociable* –⁸ siguiendo las postrimerías legislativas que imperaron en Colombia tras el proyecto INTAL⁹, no se subsume en el negocio adyacente, subyacente o causal, siempre que se trate de títulos de contenido crediticio, porque, se trae desde las tesis más remotas y aceptadas en la mayoría de legislaciones la autonomía del título en tanto expresión unilateral de su creador.

En ese sentido, la acción cambiaria apareja la conversión del título por su contenido, tal y como lo asentaría la doctrina alemana que la creó y desarrolló, en épocas más recientes «(...) *la acción cambiaria directa es la facultad concedida al tenedor legítimo de la cambial (acreedor cambiario) para interponer un proceso ejecutivo en contra del aceptante (deudor cambiario y/o su avalista) para conseguir la prestación debida, realizando los bienes del deudor (...)*»¹⁰

15

Para el derecho nacional, contenido en los artículos 780 a 782 del Código de Comercio, la acción cambiaria directa, que es la importante al caso, se emplea «1) *En caso de falta de aceptación o de aceptación parcial; 2) En caso de falta de pago o de pago parcial, y 3) Cuando el girador o el aceptante sean declarados en quiebra, o en estado de liquidación, o se les abra concurso de acreedores, o se hallen en cualquier otra situación semejante*» con la finalidad de obtener del aceptante de una orden de pago o el otorgante de una promesa cambiaria o sus avalistas «1) *Del importe del título o, en su caso, de la parte no aceptada o no pagada; 2) De los intereses moratorios desde el día de su vencimiento; 3) De los gastos de cobranza, y 4) De la prima y gastos de transferencia de una plaza a otra*». Tal acción cuenta con una provisión especial de medios de defensa, todos, integrados en el artículo 784 del Código de Comercio (C. de Cio).

⁷ VIVANTE, César. *Tratado de Derecho Mercantil. Volumen III*, Editorial Reus. Madrid 1936. Páginas 136 – 137

⁸ The Negotiable Instruments Law de Nueva York, 1896.

⁹ Proyecto de Ley Uniforme de *Títulos Valores* para América Latina que amalgama con la Ley Uniforme del Convenio elaborados por la Conferencia internacional para la unificación del derecho en materia de letras de cambio, pagares a la orden y cheques, en sus reuniones de Ginebra de 1930 y 1931.

¹⁰ Humboldt, L. M. (1968). *La letra de cambio en la Nueva Ley Peruana*. Lima, Perú: Editorial Universo, página 166.

b. Sin embargo, en éste caso y en todos los análogos, no es la factura la que legitima a su último tenedor para el ejercicio de la acción cambiaria directa. En éste y en los casos análogos a éste, lo que legitima a la IPS demandante es la póliza SOAT, el FURIPS, la epicrisis que demuestre que atendió a una víctima de un accidente de tránsito, la aceptación del paciente – *victima* – respecto a los servicios de salud – *inicial de urgencias o posterior de urgencias* –, etc.

La factura, en éste y en todos los casos análogos, sirve para demostrar la cuantía del siniestro (art. 1077, C. de Cio), porque establece una relación detallada y auditable de los procedimientos, medicamentos, insumos y atención médica que recibió la víctima.

c. Al efecto, es harto sabido que las facturas cambiarias, como títulos valores, deben reunir determinados requisitos, entre los cuales se encuentra la recepción de estas y, además, bajo esa consideración, su aceptación; e, incluso, la expresa anuencia del destinatario, respecto a la efectiva prestación del servicio o la entrega del producto, éste último, en óptimas condiciones, pues, de suyo, las facturas son títulos causales, siguiendo la previsión de la Ley 1231 de 2008, según la cual: «*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*» (párrafo 2°, art. 1).

Aunque también se sabe que las relaciones existentes entre entidades u órganos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se manejan de formas diversas a las netamente reguladas por las disposiciones de títulos valores, ha sido la Corte Suprema de Justicia, en su Sala Plena, quién señaló que los Jueces Civiles, debían conocer de los procesos ejecutivos orbitados por las facturas, en tanto, siendo títulos valores, eran propios del conocimiento de tal especialidad de la jurisdicción (APL2642-2017, APL1531 de 2018, APL4298 de 2018, APL2208 de 2019 y APL3861 de 2019).

Al efecto, y aunque la Sala Civil de Casación de nuestra Corte Suprema advirtió el desfase que implica equiparar la factura como título valor, en las

relaciones existentes entre los órganos del SGSSS, no ha sido de recibo en los restantes criterios de la misma Corporación, lo que lleva a contraluz impases como el presente. Memórese, la Sala Civil de nuestra Corte Suprema ha explicado, un sinnúmero de veces que:

«No puede compartirse la relevancia conferida en la decisión mayoritaria al supuesto uso de las «facturas o cualquier otro título valor de contenido crediticio» para argumentar que la relación entre prestadores y pagadores del sector salud es de raigambre netamente civil o comercial, por cuanto se dejó suficientemente expuesto, con referentes que sobra reiterar, que la factura o documento equivalente que se emplee para el recaudo de esta clase de servicios, está regulado por una normativa de carácter especial que resta cualquier influjo de las disposiciones mercantiles.

En otras palabras, el empleo de facturas no torna la relación ajena a la relación de seguridad social, máxime cuando dichos instrumentos, no son los únicos utilizados y sobre todo porque dada la especial reglamentación en la materia, los mismos quedan desprovistos de cualquier mérito cambiario, en caso de haberse elaborado como título valor, y no como la simple factura tributaria, pues la normativa particular establece requisitos totalmente ajenos al estatuto comercial que se ocupan de los anexos, términos de presentación, glosas y condiciones de pago, todos vinculados a la dinámica auténtica del SGSSS y de las pólizas de Seguro obligatorio de Accidentes de tránsito Soat.

Ciertamente, en dicho escenario, por regla general, la factura cumple una función diferente a la prevista para los títulos valores, teniendo previsiones diferenciales a las del Código de Comercio, en aspectos capitales como los sujetos intervinientes en su perfeccionamiento, requisitos de exigibilidad y pautas sobre la oportunidad para la obtención del pago.

Lo visto por cuanto es sentida la necesidad de someter los distintos actos al cumplimiento de los fines del sistema y equilibrar las tensiones existentes entre el imperativo de salvaguardar la recta destinación de los recursos y el deber de garantizar un flujo eficiente y adecuado de los mismos que permita el correcto funcionamiento de los agentes, en particular de las IPS, quienes de forma directa atienden las contingencias que pretende cubrir toda la estructura organizacional (ver Decreto 1281 de 2002 y artículos 13 de la Ley 1122 de 2007 y 111 del Decreto Nacional 019 de 2012 y demás disposiciones concordantes y complementarias)

Se resalta que la naturaleza y diseño de las instituciones, relaciones y prestaciones propias del SGSSS, más allá de la notable participación privada, riñen con los elementos sustanciales que definen los títulos valores en general y la factura cambiaría o simplemente factura en particular; ello, tanto antes como después de la reforma introducida por la Ley 1231 de 2008, «Por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones».

Sin lugar a dudas el tratamiento dado a las facturas por el derecho de la seguridad social, desdice de los principios de literalidad, autonomía, incorporación y legitimación que informan a los títulos valores en general (art. 619 del C.Co.), siendo para ello suficiente, destacar que tal normativa del sector salud impide predicar que documentos como los aducidos por la demandante puedan legitimar el ejercicio de un derecho literal y autónomo incorporado en los mismos.

Las versiones del artículo 772 del Código de Comercio, relativas a la definición de factura como título valor, aluden a que dicho instrumento es aquel que el vendedor (ahora también prestador del servicio) puede librar, entregar o remitir al comprador (o beneficiario del servicio); dicha bilateralidad consustancial de la relación cartular que dimana de la factura es manifiestamente impropia en el escenario del sector salud, donde los adquirentes y beneficiarios de los bienes y servicios son personas diferentes a las destinatarias de las facturas y por ende obligadas a su pago.

Luego, la factura como título valor debe provenir de una relación contractual subyacente entre vendedor-prestador y comprador-beneficiario, lo cual no se compadece con las relaciones del sector salud, donde la estructura es de tipo tripartito, y en varios de los supuestos, absolutamente desprovista de vínculo contractual, como se evidencia en los casos de atención de urgencias derivados de un accidente de tránsito o cualquier otra circunstancia.

Ciertamente, las facturas aportadas y vistas ya desde la Ley 1231 de 2.008, bajo el entendido que es posterior al Decreto 4747 de 2.007, y dado que ese es un reglamento emitido bajo las previsiones del numeral 11 artículo 189 Superior, y, por ende, no puede modificar o derogar la Ley, como sí está puede dejarlo sin sustento jurídico (decaimiento); este apoderado encuentra

que ninguno de tales títulos valores cumplen con un requisito esencial, y es su exigibilidad.

(iii) SEAN FACTURAS O RECLAMACIONES, INCUMPLEN EL REQUISITO DE ACEPTARSE POR EL PACIENTE.

A. El reglamento de la Ley 1231 de 2008, es decir, el Decreto 3327 de 2009, en su artículo 1° señala *«De conformidad con el inciso 2° del artículo 1° de la Ley 1231 de 2008, 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»*. Tal reglamento fue objeto de control judicial por el Consejo de Estado, en la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, y, mediante sentencia del 28 de junio de 2019 (exp. 11001 0324 000 2009 00511 00)¹¹ declaró la nulidad del inciso 3° del numeral 6 del artículo 5°, porque entendió que la aceptación de la factura estaba supeditada a la entrega del bien o prestación del servicio cabalmente, en favor del comprador o beneficiario, veamos:

«(...) La Ley 1231 de 2008 prevé así mismo en el inciso segundo de su artículo 2° que se debe dejar constancia en la factura y/o en la guía de transporte, según el caso, acerca del recibo de la mercancía o del servicio por parte del comprador o beneficiario del servicio, indicando el nombre, identificación o la firma de quien recibe, y la fecha de recibo. Y agrega esta disposición, en la parte final de dicho inciso, que *“El comprador del bien o beneficiario del servicio no podrá alegar falta de representación o indebida representación por razón de la persona que reciba la mercancía o el servicio en sus dependencias, para efectos de la aceptación del título valor”*.

De conformidad con la citada norma de la Ley 1231, **es claro que cuando se entrega la mercancía o se presta el servicio correspondiente, el comprador del bien o el beneficiario de aquél debe dejar constancia de su recibo en la factura y proceder, si está de acuerdo con su contenido, a aceptarla expresamente, bien sea en el cuerpo de la misma o en documento separado.**

Con todo, es posible que la mercancía o el servicio no sean recibidos directamente por aquellos sino por terceras personas “en sus dependencias”, caso en el cual el comprador del bien o el beneficiario del servicio no podrá alegar la falta de representación o indebida representación de sus dependientes, para efectos de la aceptación por parte de aquellos del título valor.

¹¹ MP. **OSWALDO GIRALDO LÓPEZ**

Ahora bien, a partir del contenido y alcance del artículo 2° de la Ley 1231, es claro que la aceptación a la que hace referencia la norma en dicho aparte, en cuya estructuración tienen participación personas distintas del comprador del bien o beneficiario del servicio (pero que reciben la mercancía o el servicio en sus dependencias), es a la aprobación que se deriva de la falta de manifestación por parte de estos últimos en contra del contenido de la factura. En efecto, como en este evento no existe aceptación de la factura por parte del comprador o del beneficiario del servicio, sino mero recibo de la mercancía o del servicio en sus dependencias por parte de otras personas, el comprador del bien o beneficiario del servicio dispondrá de diez (10) días, contados a partir de la fecha de tal recepción (acto éste en el cual solo se dejó constancia en la factura acerca del recibo de la mercancía o servicio), para manifestar si acepta o rechaza el título valor; en caso de que el comprador del bien o beneficiario del servicio guarde silencio al respecto, esto es, no reclame dentro de dicho de término en contra del contenido de la factura, la misma se entenderá irrevocablemente aceptada por aquellos.

De esta forma, siguiendo lo previsto por la ley, la persona autorizada para aceptar la factura es el comprador del bien o el beneficiario del servicio, ya sea de manera expresa, dejando la constancia de su aprobación en el cuerpo mismo de aquella, o en documento separado; o bien tácitamente, cuando deja vencer el término establecido para hacer reclamación en contra de su contenido, **término éste cuya contabilización inicia a partir del momento en que el dependiente del comprador de la mercancía o beneficiario del servicio ha recibido la mercancía o el servicio respectivo, dejando constancia de tal hecho en la factura.**

Ciertamente, en el evento comentado, la ley no autoriza que la aceptación de la factura se efectúe a través del dependiente del comprador del bien o beneficiario del servicio; si ello fuera así, simplemente la factura se tendría por aceptada expresamente en todos los casos, bien sea directamente por el comprador de la mercancía o beneficiario del servicio, o a través de sus dependientes que los recibieron, careciendo de sentido entonces la existencia de la norma que prevé que la factura puede entenderse aceptada irrevocablemente ante la falta de reclamación en contra de su contenido (aceptación tácita). Este entendimiento obedece al principio de interpretación de las normas jurídicas según el cual a partir del llamado “efecto útil” de ellas, entre dos posibles sentidos de un precepto, uno de los cuales produce efectos jurídicos y el otro a nada conduce, debe preferirse el primero (...).»

- Se resalta -

Es decir, no existe prueba de haberse recibido el servicio por el paciente que se dice por la demandante fue atendido, y, aunque se quiera hacer uso de

la carga dinámica de la prueba, como lo pidió el demandante, la comprobación y aportación de la prestación del servicio por parte de la IPS demandante, no puede quedar en cabeza de SEGUROS DEL ESTADO SA, porque, simplemente, no prestó el servicio médico al paciente, ello, sólo le compete a la demandante, dentro de la mixtura que plantea el artículo 167 del CG del P, pues, en nuestro ordenamiento procesal no se abandonó el todo el criterio del *onus probandi*, en su dimensión de carga subjetiva de la prueba¹².

Tales apéndices normativos, acompasan con el artículo 23 del Decreto 4747 del 2007, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 3047 de 2008 (junto a sus modificaciones), en tanto, el beneficiario del servicio médico, es decir, el paciente que atendió la IPS demandante, debe firmar el título u otro documento, en el que se indique que recibió el servicio, y, ciertamente, ninguno de los documentos que aportó la demandante demuestran que atendió y prestó servicio médico a las víctimas de accidentes de tránsito.

21

(iv) SI SON FACTURAS, NO ESTÁN ACEPTADAS.

La aceptación tácita de la factura de venta se da a partir de la premisa, en dicho continente de *“La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley”*; ello, so pena de que la factura carezca del carácter “[d]e título valor” en tanto “[q]ue 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 éste caso, **ninguna de las facturas cuenta** con ese requisito, pues, llanamente, los títulos arrimados apenas enseñan un sello de radicación ajeno a mi defendida

(v) LAS RECLAMACIONES NO CUMPLIERON LOS REQUISITOS LEGALES.

¹² LESSONA, Carlo, Teoría general de la prueba en Derecho Civil, Parte General, Trad. de Enrique Aguilera de Paz, Madrid 1928, págs. 118 y sigs.

Dichos requisitos no se cumplieron por la IPS, al presentar las reclamaciones que arguye (art. 1053 y 1077 del C. de Cio.). Notará Su Señoría que las reclamaciones que se han puesto de presente en éste caso carecen del cumplimiento de los requisitos formales para ser atendidas, y, por lo mismo, han de tenerse como no presentadas.

A su turno, las reclamaciones omiten los requisitos sustanciales de los actos en que se soportan. Por ejemplo, los relacionados en la Resolución 3047 de 2008 (modificada por la Resolución 0416 de 2009 y 4331 de 2012) según la cual, cada reclamación debe cumplir con un anexo técnico que **ordena** aportar un comprobante de recibo del usuario del servicio de salud, el cual tampoco se aportó. A su turno, incumplen las *historias de epicrisis*, con la normatividad atinente a la elaboración de historias clínicas y, de suyo, las reglas administrativas para la atención de emergencias, por ejemplo, no señalan los datos del primer respondiente, es decir, carecen de validez.

En el mismo sentido, se dejaron de cumplir por parte del prestador las reglas previstas en la Resolución 5596 de 2015, en consonancia con la Resolución 926 del año 2017, ambas, emitidas por el Ministerio de Salud.

22

(vi) FALTA DE PRUEBAS SOBRE EL MONTO DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS:

Como se ha advertido a lo largo de este escrito, las pretensiones de la parte actora no guardan íntima relación con la realidad de los hechos, debido a que como primera medida, dentro del plenario no existe prueba que determine que los servicios fueron prestados.

Su Señoría, al ser este tema árido, complejo y técnico, debo indicarle que las reclamaciones presentadas para el pago de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, que afecten pólizas SOAT, deben constar en sendos documentos, y estos, cumplir con unos requisitos dispuestos por el legislador para proteger los recursos destinados a la prestación de la seguridad social en salud.

Amén de lo anterior, se debe hacer un análisis de los documentos allegados por la actora a su despacho, como base de demostración de la responsabilidad contractual en el que haya incurrido mi mandante, en

donde observará con claridad que las “facturas”, a la luz de lo dispuesto en la norma, doctrina y jurisprudencia civil – comercial, no cumple con las calidades dispuestas y asimismo, conforme con la norma especialísima que regula la materia de cobros de servicio de salud, no pueden ser siquiera valoradas, toda vez que se hace necesario aportar entidad deudora una serie de documentos y requisitos dentro de los cuales se encuentra, el informe de tránsito, la epicrisis, historia clínica, y una FACTURA en la cual se indique cuáles son los montos a cobrar, con el fin de demostrar la existencia del siniestro y su cuantía; debidamente suscrita por la víctima y el asegurado.

Las reclamaciones se encuentran sujetas a condiciones impuestas por el reglamento (Decreto 4747 de 2001 y el Decreto 780 de 2015) en su artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016), en los cuales se señalan los requisitos y documentos que se deben allegar para solicitar el pago de las cuentas por gastos médicos y es claro que dentro del presente proceso la condición no ha sido cumplida por la demandante, además es claro que la factura por sí sola no prueba el derecho reclamado ya que esta simplemente hace parte de los requisitos para presentar la reclamación:

23

“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: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.”

En virtud a que las facturas base del proceso, derivan de la atención médica prestada a personas que sufren accidentes y que se encuentran asegurados con póliza de seguro expedidas por la demandada y conforme a las normas específicas que rigen la materia, es obligación de la demandante aportar los documentos que prueben la ocurrencia del siniestro, la cuantía, la prestación de los servicios cobrados y que estos están a cargo de la demandada con base en las coberturas de la póliza contratada, razones por las cuales, es que no basta con la simple creación del título sino que este debe ir acompañado con los documentos y requisitos que para tal caso exige ley.

24

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

En el presente caso al proceso solo se allegaron unos documentos que la actora denominada “facturas”, junto con otros, sin que se hubiese aportado la totalidad de los requisitos exigidos por el art. 26 del Decreto 056 de 2015 (hoy art. 2.6.1.4.2.20 Dto. 780/16) con lo que queda en evidencia la falta de sustento de esta pretensión.

(vii) INEXISTENCIA DE LOS TÍTULOS O DOCUMENTOS QUE DETERMINEN RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL DE SEGUROS DEL ESTADO S.A.:

Es importante señalar que para efectos de haber admitido la demanda o en su defecto condenar en concreto a mi mandante al pago de los valores reclamados en este proceso, el operador judicial, deberá examinar la demanda y sus anexos, para lo cual constatará los documentos allegados como fuente de la obligación contractual, veamos,

- a) En primer lugar debe observar las premisas normativas generales contenidas en los art. 82 y 90 del C.G.P.
- b) En segundo lugar la premisa normativa especial contenida en el Art. 774 del código de comercio modificado por la ley 1238 de 2008, y artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, que aplica en la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago.
- c) En tercer lugar la Resolución 3047 de 2008 Anexo técnico N. 5.

25

En la demanda, no existe prueba siquiera sumaria que demuestre el vínculo contractual del que se duele la parte actora, razón por la deben ser analizadas con detenimiento la “facturas”, debido a que no existen fundamentos para acceder a las pretensiones de la parte actora, por carecer de fuerza alguna “las pruebas “sobre las que descansan.

Fundo mi posición en el demandante allegó con la demanda, una serie de facturas para obtener el pago de servicios de salud, supuestamente prestados por la demandante a personas que tienen accidentes de tránsito, donde se encuentran involucrados vehículos que cuentan con supuestamente póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito expedidas por la demandada, sin embargo, se observa que dichas facturas NO se encuentran acompañadas de los soportes necesarios, para efectos del cobro del servicio de salud supuestamente prestado, bástese ver el escrito de demanda y sus anexos para acceder a tal conclusión, por lo que no se encuentra conformado en debida forma el título o en este caso la prueba, que permita acceder a sus peticiones

Su Señoría, usted deberá tener en cuenta que el Decreto 3990 de 2007 Art. 4 (vigente para accidentes ocurridos antes del 2015) y el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016) se evidencia con claridad que no fueron aportados los documentos exigidos por dichas normas para demostrar la existencia de la obligación, como por ejemplo el Formulario único de reclamación para instituciones prestadoras de salud, etc.

Ahora bien el despacho debe advertir que este tipo reclamaciones tiene un manejo particular, por lo que para poder ser pagadas por las aseguradoras, se hace necesario que las prestadoras del servicio de salud, cumplan con lo reglado en el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, *“Los soportes de las facturas de prestación de servicios Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.”*, así como también debe cumplir los requisitos exigidos en el Decreto 3990 de 2007 Art. 4 (vigente para accidentes ocurridos antes del 2015) y el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de 2016) y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016).

Para este efecto, el entonces Ministerio de protección social, expidió la Resolución 3047 de 2008, la cual en el artículo 12 (Artículo modificado por el artículo 4 de la Resolución 4331 de 2012), señalo que *“Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto número 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico número 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos – CUM –, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente – Consecutivo – ATC”*

Conforme el precitado artículo, el Ministerio expidió el anexo técnico número 5, que define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deben ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de tales servicios, el cual igualmente establece los soportes que deben adjuntarse a las facturas, de acuerdo con el tipo de servicio prestado.

Aplicando lo anteriormente señalado al caso concreto, se observa que los documentos aportados al proceso, que la actora denomina “facturas”, con los que pretende probar:

- La existencia del vínculo existente entre demandante y demandado;
- Las obligaciones a cargo de cada una de las partes; el cumplimiento por parte de la actora de sus deberes legales y convencionales;
- El incumplimiento por parte de mi mandante de sus deberes legales y convencionales;
- El requerimiento en mora para cumpla con su obligación contractual;
- La demostración de daños y perjuicios generados con ese incumplimiento;
- El monto de los mismos,

27

Y los demás elementos propios de la responsabilidad contractual, ni siquiera cumplen con la técnica descrita por el legislador para el efecto. (ver Decreto 4747 de 2007, pues no contienen los anexos definidos en el anexo técnico 5 de la Resolución 3047 de 2008).

En este sentido y atendiendo la especialidad de las normas de los párrafos precedentes, deberá el despacho atenerse a ellas, pues tal regulación normativa dispone de manera enfática el procedimiento para el cobro de facturas por prestación de dichos servicios, lo cual de manera extraña pretende el accionante en un proceso declarativo, cuando los hechos, pretensiones y demás apartes del escrito de demanda denotan un proceso ejecutivo.

En conclusión, los documentos adjuntos a la demanda, no cuentan con el valor probatorio y mucho menos cumplen con los requisitos legales y técnicos para ser valoradas en este proceso y para ser fundamento de una condena en concreto, dentro de un proceso en el que se persigue demostrar la responsabilidad contractual de SEGUROS DEL ESTADO S.A.

(viii) PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA:

El régimen de prescripción aplicable a este tipo de Seguros es el consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio que señala:

“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.”.

Se habla de la prescripción del contrato de seguro como quiera que la normatividad aplicable al SOAT, establece que la entidad que prestó el servicio médico deberá presentar la reclamación aportando los documentos idóneos para demostrar la ocurrencia del siniestro, prestación del servicio, la cuantía y la entidad obligada al pago, en virtud de lo anterior es que la demandante crea los títulos pretendidos por lo tanto se entiende que las “facturas” presentadas efectúan la función de reclamación y deben cumplir con los requisitos señalados por la ley 4747 de 2001 y los Decretos 3990 de 2007, 056 de 2015 y 780 de 2016, conforme a lo anterior es claro que se trata de reclamación es presentadas en virtud a un contrato de seguro, verbigracia de lo anterior es que deberá aplicarse la prescripción establecida para este.

Según lo establecido en el art. 1081 del código de comercio colombiano *“la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezara a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que de base a la acción”*

El DR. HERNAN FABIO LOPEZ BLANCO en su libro El Contrato de Seguro afirma que *“...Tenemos, en consecuencia, que si por el “interesado” se entiende el tomador, el asegurado o el beneficiario, con relación a estos correrá como termino de prescripción el de dos años, es decir, que estarán cobijados por la prescripción ordinaria, ya que es a ellos a quien se destina este tipo de prescripción, y, obviamente también la empresa aseguradora.”.*

Así mismo, la Sala de Casación de la Corte Suprema de Justicia en jurisprudencia del 4 de julio de 1997 se pronunció frente a la prescripción, motivo por el cual nos permitimos transcribir apartes de dicha jurisprudencia: *“Por interesado debe entenderse quien deriva algún derecho del contrato de seguro, que al tenor de los numerales 1, 2 y 3 del artículo 1047 son el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador...”*

Frente al termino de prescripción y cuando empieza a correr manifestó que *“... el de la ordinaria, a partir de cuándo el interesado (y ya se vio quienes lo son) tuvo conocimiento o razonablemente pudo tenerlo del “hecho que da base a la acción”. Este hecho no es o no pudo ser otro, que el siniestro, en el caso concreto desde que la demandante prestó el servicio médico que se pretende cobrar entendido este, según el art. 1072 ibidem como “la realización del riesgo asegurado” es decir el hecho futuro e incierto de cuya ocurrencia depende el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurador correlativamente del derecho del asegurado o beneficiario a cobrar la indemnización (arts. 1045 num. 4 y 1054 C de Co y 1530, 1536 y 1542 del C.C”.*

29

Además, debe tenerse en cuenta que dando alcance del artículo 1081, cuya aplicación es de carácter imperativo, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuesta la demandante, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria.

En este mismo sentido la Superintendencia Nacional de Salud emitió concepto 2008026912-001 del 16 de julio de 2008 que sus apartes señalan:

“Definido el anterior contexto conceptual y teniendo en cuenta que con la atención de la víctima por parte del Hospital se tiene pleno conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación, el término para que opere la prescripción ordinaria, que es la única que se puede invocar en estos casos, empezaría a contar desde el momento en que el Hospital conoció o ha debido conocer el siniestro, esto es, desde que fue atendida la víctima independientemente de la fecha de expedición de la factura comercial, de tal suerte que si la atención a la víctima del

accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción. Por último, esta Superintendencia se permite precisar que el caso por Usted planteado, la prescripción se predica de la acción para efectuar la reclamación y no de la factura, factura que es uno de los requisitos exigidos para efectos de legalizar en debida forma la reclamación ante la asegurador.”

Por su parte la Superintendencia Financiera emitió Concepto 2012054519-003 del 21 de septiembre de 2012 señala:

“Bajo los anteriores lineamientos se concluye que la prescripción ordinaria tiene lugar cuando el titular de la acción, bien sea con fuente en el contrato de seguro o en la ley, tiene conocimiento o ha debido tenerlo del hecho en la cual ella se origina, mientras que la prescripción extraordinaria, se produce en los casos en que no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento del hecho en cuestión, vale decir, en cuanto no se hubiere configurado antes la prescripción ordinaria.

Definido el alcance del artículo 1081 en estudio, cuya aplicación es de carácter imperativo conforme a los términos señalados en la misma disposición, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuestas las IPS, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria, como atrás se explicó”.

Conforme a lo anterior y en aplicación al caso concreto es que se debe tener en cuenta que se tiene a la demandante como interesado o beneficiario del contrato de seguro, en tanto y en cuanto desde el momento que presta la atención medica conoce cuál es la compañía aseguradora SOAT, a la cual deben cobrarse los gastos médicos prestados, razón por la cual y en el entendido que la demandante conocía quien era la compañía aseguradora desde el momento que prestó el servicio, es que deberá aplicarse la prescripción ordinaria de 2 años.

(ix) INEXIGIBILIDAD DEL TÍTULO PORQUE ESTABA SOMETIDO A CONDICIÓN:

A. Sin una reclamación presentada con el lleno de requisitos legales, esa radicación corresponde al aviso del siniestro, pendiente de recibo por SEGUROS DEL ESTADO SA, pues, se sabe, dista de ser una señal de recibido de la factura, de un lado, su regulación se encuentra en el artículo 1075 del Código de Comercio, y es una obligación del asegurado y/o beneficiario de la póliza.

B. A su turno, el artículo 23 del Decreto 4747 del 2007, el artículo 47 de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 3047 de 2008; y, el Decreto 056 de 2015 y la Resolución 1915 de 2008, ora, el Decreto 780 de 2018 y, a la postre, sus normas modificatorias, subrogatorias o derogatorias; disponen que las facturas no son exigibles, porque, precisamente, están sujetas a debate respecto a varios puntos concretos, propios de la reclamación y, a su vez, la glosa u objeción.

En éste caso, la aplicabilidad del régimen de objeciones, previsto en el artículo 1053 del Código de Comercio y el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (num. 4, art. 192); o, el de glosas, previsto en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, en consonancia con los Decretos 3990 de 2007, 4747 de 2007 y 056 de 2015; impiden la ejecutabilidad por inexigibilidad de las facturas o reclamaciones.

Ello, por demás, atendiendo que dan vida al anexo técnico N° 6 de la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009, que define que la glosa es *«una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud»*, o, lo que en derecho cambiario, aplicable a la factura, se denominaría *reclamación* (art. 86, L. 1676 de 2013), que, de suyo, impide la exigibilidad del título, dado su carácter causal.

A su paso, la Resolución 1915 de 2008, modificada por la Resolución 1136 de 2012, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que adoptó el denominado “Formulario Único de Reclamación por parte de las

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos (Furips)”; y regula, respecto al pago de la indemnización, en el artículo 6 de este acto administrativo, que:

«Artículo 6o. Pago de la indemnización. Las compañías de seguros y la Subcuenta ECAT de Fosyga deberán cancelar el valor de los gastos facturados **que no hubieren sido objetados dentro del término previsto en el artículo 1080 del Código de Comercio.**

Dentro del mismo plazo, deberán poner en conocimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud las objeciones a los gastos facturados»

-Se resalta-

Y, en éste caso, tales reclamaciones objeto de cobro compulsivo recibieron glosas y objeciones.

(x) SE CARECE DE TÍTULO EJECUTIVO, PORQUE ES COMPLEJO O COMPUESTO, PERO ÉSTA INCOMPLETO EN ÉSTE CASO.

32

A su turno, se muestra socorrido y claro, que las reclamaciones elevadas por el demandante ante SEGUROS DEL ESTADO SA, se encuentran sujetas a condiciones legalmente propuestas a partir del Decreto 4747 de 2001 y el Decreto 3990 de 2007 Art. 4 (vigente para accidentes ocurridos antes del 2015) y el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de 2016) y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016), en los cuales se señalan los requisitos y documentos que se deben allegar para solicitar el pago de las cuentas por gastos médicos, y es claro que dentro del presente proceso la condición no ha sido cumplida por la demandante, además es claro que la factura por sí sola no prueba el derecho reclamado ya que esta simplemente hace parte de los requisitos para presentar la reclamación conforme al artículo 26 del Decreto 056 de 2015, es decir:

«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: 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.”

33

Sea del caso indicar, vehementemente, los títulos complejos aportados por la demandante, carecen de diversos defectos por omisión en sus requisitos de composición, ora, porque fueron legal y debidamente objetadas, glosadas y devueltas.

Tales ausencias en los títulos aportados como puntal de la ejecución, son verdaderos defectos de su ejecutabilidad por deserción de integración del título, ora, porque este no reúne los requisitos previstos en la Ley para su validez, con lo cual, es claro, lo propicio y necesario si bien es denegar la ejecución solicitada y, por contera, ordenar la devolución de la demanda con sus respectivos anexos (art. 90, L. 1564/12); también despunta en la decisión de negarse seguir con la ejecución respecto de todas las reclamaciones que se busca ejecutar ante el Juez 7 Civil Municipal de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple, en el presente caso.

A más de las veces, las facturas tienen origen en la prestación de servicios de salud, en cuyo extremo superior derecho están denominadas como facturas de venta, elaboradas en formatos con el logotipo de la demandante para su creación, validez y exigibilidad se rigen por una normativa especial, esto es, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), el Decreto 056 de 2015, 780 de 2016, 046 de 2000, D. 4747 de 2007, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y ley 1438 de 2011. Es decir, difieren de las facturas cambiarias de que trata el artículo 774 del C de Co modificado por la ley 1231 de 2008. Conforme a lo dispuesto en el artículo 617 del estatuto tributario, es necesario cumplir unos requisitos que surgen del artículo 13, literal c) de la Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

En ese sentido, el artículo 7° del CG del P, prevé *“Cuando el juez se aparte de la doctrina probable, estará obligado a exponer clara y razonadamente los fundamentos jurídicos que justifican su decisión. De la misma manera procederá cuando cambie de criterio en relación con sus decisiones en casos análogos”*; ápice normativo que fue estudiado y encontrado exequible por la Corte Constitucional, e mediante sentencia C-621 de 2015.

34

De otro lado, la doctrina probable, se sabe, es una institución legal prevista en el artículo 4° de la Ley 189 de 1896, que cuenta con aval constitucional mediante sentencia C-836 de 2.001, y consiste en *“Tres decisiones uniformes dadas por la Corte Suprema, como tribunal de casación, sobre un mismo punto de derecho, constituyen doctrina probable, y los jueces podrán aplicarla en casos análogos, lo cual no obsta para que la Corte varíe la doctrina en caso de que juzgue erróneas las decisiones anteriores”*.

En tanto, el precedente judicial, tiene connotaciones diferentes a la doctrina probable. De un lado, lo constituye uno o más pronunciamientos sobre asuntos con componentes facticos análogos o similares. De otro, se predica obligatorio cuando se verifica el pronunciamiento emitido por la Corte Constitucional o un Juez de Cierre en dicha especialidad, tal y como propone el artículo 4 de la Ley 153 de 1887.

En éste caso, la doctrina probable o el precedente judicial, para el caso, constituido por las sentencias STC2064-2020, STC19525-2017 emitidas por la Sala Civil de nuestra Corte Suprema de Justicia, y la sentencia con

Radicado No. 88735 del 15 de abril de 2020, M.P. IVÁN MAURICIO LENIS GÓMEZ, emitida por la Sala Laboral de nuestra Corte Suprema de Justicia, señalan que en casos como el presente, nos encontramos ante un título complejo, y, esa es la razón por la cual, la simple factura no sirve para la finalidad coercitiva que busca el demandante.

Valga señalar, porque las indicadas decisiones judiciales proferidas por nuestra Corte Suprema de Justicia, corresponden a precedente judicial constitucional, cual corresponde a la categoría jurídica del artículo 4 de la Ley 153 de 1887, y no a la doctrina probable normada por el artículo 4° de la Ley 189 de 1896. Ello, según la sentencia SU 354 de 2017.

(xi) LOS DOCUMENTOS APORTADOS NO PRESTAN MERITO EJECUTIVO AL ESTAR OBJETADOS O GLOSADOS.

Es claro que los documentos aportados no cumplen con lo regulado en los Decretos 056 de 2015, 780 de 2016 y anexo técnico 3047 de 2008, esta excepción la fundo en el hecho de que estas reclamaciones fueron objetadas y/o glosadas de manera oportuna por Seguros del Estado S.A, y esta circunstancia hace que la obligación dineraria en ellas contenidas no sea clara, expresa ni actualmente exigible y es esto un elemento indispensable para que presten merito ejecutivo, además en tanto y en cuanto el artículo 1053 código de comercio, en su numeral 3 exige que la reclamación se encuentre acompañada de los comprobantes que según las condiciones de la póliza sean indispensables para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, y tal como se observa en los anexos allegados, las reclamaciones relacionadas en esta excepción no cuentan con estos documentos o comprobantes, razón por la cual la reclamación no ha sido formalizada en legal forma.

A la demandante se le enviaron notificaciones dentro de la oportunidad legal pertinente, a quien dentro del escrito se le manifestó que las reclamaciones carecían de los soportes exigidos legalmente, así como también carecían de la idoneidad suficiente para demostrar el derecho pretendido y los mismos hasta la fecha no han sido aportados, ni fue subsanado el motivo de la glosa, objeción o solicitud de documentos, por lo cual no le asiste razón a la demandante cuando manifiesta que prestan mérito.

Se debe tener en cuenta por parte del juzgador que tal y como lo manifiesta el demandante en sus pretensiones todas derivan de reclamaciones objetadas o glosadas en debida forma por la demandada y de la cual fueron notificados en la oportunidad pertinente y la clínica no realizo las aclaraciones y correcciones señaladas en dichas objeciones o glosas, razones por las cuales se mantuvieron con justa causa por parte de mi poderdante.

Las reclamaciones fueron contestadas de la siguiente forma, y los motivos de glosa se identifican caramente en los documentos aportados con esta contestación:

Nro Reclamación	Fecha Aviso	Fecha Glosa	Soporte Pago	Estado	GUIA O ACUSE
167530	06/02/2019	13/02/2019	TR394826	Glosa ratificada	800110181 TR0394826 14-02-201911:24:38a.m.
167530	06/02/2019			Glosa ratificada	20190009750 800110181 05-04-201904:22:15p.m.
167798	19/02/2019			Glosa ratificada	20190005710 800110181 27-02-201902:03:11p.m.
167885	06/02/2019	13/02/2019	TR394826	Glosa ratificada	800110181 TR0394826 14-02-201911:24:38a.m.
167885	06/02/2019			Glosa ratificada	20190009002 800110181 29-03-201908:44:33a.m.
168077	06/02/2019	13/02/2019	TR394826	Glosa ratificada	800110181 TR0394826 14-02-201911:24:38a.m.
168077	06/02/2019			Glosa ratificada	20190009002 800110181 29-03-201908:44:33a.m.
168185	06/02/2019	13/02/2019	TR394826	Glosa ratificada	800110181 TR0394826 14-02-201911:24:38a.m.
168185	06/02/2019			Glosa ratificada	20190009750 800110181 05-04-201904:22:15p.m.
168297	12/02/2019	27/02/2019	TR396824	Glosa ratificada	800110181 TR0396824 28-02-201909:51:22a.m.
168297	12/02/2019			Glosa ratificada	20190009002 800110181 29-03-201908:44:33a.m.
168426	12/02/2019	20/02/2019	TR395755	Glosa ratificada	800110181 TR0395755 21-02-201911:55:11a.m.
168426	12/02/2019			Glosa ratificada	20190009002 800110181 29-03-201908:44:33a.m.
168428	12/02/2019	27/02/2019	TR396824	Glosa ratificada	800110181 TR0396824 28-02-201909:51:22a.m.
168428	12/02/2019			Glosa ratificada	20190009002 800110181 29-03-201908:44:33a.m.
169078	06/02/2019	13/02/2019	TR394826	Glosa ratificada	800110181 TR0394826 14-02-201911:24:38a.m.
169078	06/02/2019			Glosa ratificada	20190009750 800110181 05-04-201904:22:15p.m.
169083	06/02/2019			Glosa ratificada	800110181 TR0394826 14-02-201911:24:38a.m.
169083	06/02/2019	13/02/2019	TR394826	Glosa ratificada	20190008735 830066492 22-03-201911:06:32a.m.
169210	06/02/2019	13/02/2019	TR394826	Pago con Glosa	800110181 TR0394826 14-02-201911:24:38a.m.
169210	06/02/2019	08/04/2019	TR404920	Pago con Glosa	800110181 TR0404920 08-04-201904:39:54p.m.
169258	06/02/2019	18/02/2019	TR395511	Glosa ratificada	800110181 TR0395511 18-02-201911:55:16a.m.
169258	06/02/2019			Glosa ratificada	20190009262 800110181 1-04-201908:27:41a.m.
169315	06/02/2019	13/02/2019	TR394826	Glosa ratificada	800110181 TR0394826 14-02-201911:24:38a.m.
169315	06/02/2019			Glosa ratificada	20190009750 800110181 05-04-201904:22:15p.m.
169331	12/02/2019	01/03/2019	TR397436	Glosa ratificada	800110181 TR0397436 01-03-201906:28:13p.m.
169331	12/02/2019			Glosa ratificada	20190011095 800110181 24-04-201905:25:13p.m.

169339	06/02/2019	25/02/2019	TR396446	Glosa ratificada	800110181 TR0396446 26-02-201908:17:48a.m.
169339	06/02/2019			Glosa ratificada	20190008735 830066492 22-03-201911:06:32a.m.
169350	12/02/2019			Glosa ratificada	800110181 TR0395755 21-02-201911:55:11a.m.
169350	12/02/2019	20/02/2019	TR395755	Glosa ratificada	20190009002 800110181 29-03-201908:44:33a.m.
169367	06/02/2019	13/02/2019	TR394826	Glosa ratificada	800110181 TR0394826 14-02-201911:24:38a.m.
169367	06/02/2019			Glosa ratificada	20190009262 800110181 1-04-201908:27:41a.m.
169754	06/02/2019			Glosa ratificada	20190004395 800110181 13-02-201901:56:47p.m.
169783	06/02/2019	20/02/2019	TR395755	Glosa ratificada	800110181 TR0395755 21-02-201911:55:11a.m.
169783	06/02/2019			Glosa ratificada	20190009002 800110181 29-03-201908:44:33a.m.
169869	22/02/2019			Glosa ratificada	20190006510 800110181 07-03-201903:17:32p.m.
169874	06/02/2019			Glosa ratificada	800110181 TR0396446 26-02-201908:17:48a.m.
169874	06/02/2019	25/02/2019	TR396446	Glosa ratificada	20190009262 800110181 1-04-201908:27:41a.m.
170163	19/02/2019			Objeción	
170164	06/02/2019			Glosa ratificada	800110181 TR0395755 21-02-201911:55:11a.m.
170164	06/02/2019	20/02/2019	TR395755	Glosa ratificada	20190009002 800110181 29-03-201908:44:33a.m.
170232	06/02/2019	25/02/2019	TR396446	Pago con Glosa	800110181 TR0396446 26-02-201908:17:48a.m.
170232	06/02/2019	01/04/2019	TR403565	Pago con Glosa	800110181 TR0403565 02-04-201901:33:21p.m.
170244	06/02/2019	20/02/2019	TR395755	Glosa ratificada	800110181 TR0395755 21-02-201911:55:11a.m.
170244	06/02/2019			Glosa ratificada	20190009002 800110181 29-03-201908:44:33a.m.
170709	06/02/2019	13/02/2019	TR394826	Glosa ratificada	800110181 TR0394826 14-02-201911:24:38a.m.
170709	06/02/2019			Glosa ratificada	20190009002 800110181 29-03-201908:44:33a.m.
170782	22/02/2019			Glosa ratificada	20190006796 800110181 11-03-201912:04:08p.m.
172477	12/03/2019			Glosa ratificada	20190007775 800110181 18-03-201902:36:40p.m.

(xii) NO SON LOS TÍTULOS ORIGINALES

Ahora bien, realizando esa constatación dentro del presente asunto deberá revocarse el mandamiento de pago, habida cuenta que son evidentes las falencias en la conformación del título ejecutivo que se acompaña, más aún cuando los documentos que acompañan la demanda y que son aducidos por la demandante.

NO SON ORIGINALES sino copias, las cuales como es bien sabido NO prestan merito ejecutivo, conforme las normas anteriormente reseñadas, además no vienen acompañadas de la totalidad de los documentos legalmente exigidos entre ellos el Furips, epicrisis, entre otros exigidos por la ley, ya que conforme se observa en las pruebas aportadas con la demanda, ninguna viene acompañada de este formulario, lo cual conforme a las disposiciones especiales para el caso es obligatorio.

V. PRUEBAS

(num. 4, art. 96 CG del P).

1. Lo primero en solicitarse a Su señoría es la aplicación de la carga dinámica de la prueba, prevista en el artículos 167 del CG del P.

Al efecto, le rogamos ponga en cabeza del demandante la prueba de la pertinencia médica de los procedimientos que fueron objetados con las respectivas reclamaciones.

A su turno, le rogamos deje en cabeza de la demandante la prueba del aporte del pleno de los documentos que debió acompañar con sus reclamaciones.

Por último, le rogamos deje en cabeza del demandante la prueba de la ocurrencia del accidente de tránsito que afectó las pólizas, que, en las correspondientes objeciones y/o glosas, se indican como *pólizas prestadas*.

2. **DESCONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS Y RATIFICACIÓN**

38

Señoría, siguiendo lo dispuesto en el artículo 272 del CG del P, y dado que SEGESTADO no suscribió o emitió los documentos que aportó la demandante como ANEXO a la demanda, se **predica** su desconocimiento, salvo por los que cuentan con el membrete de SEGESTADO.

De hecho, se le atribuye su creación a la misma IPS y sus médicos adscritos, pero, además, a los pacientes que se atendieron, por lo tanto, para comprobar la veracidad de lo allí establecido y declarado, solicitamos que dichos documentos sean ratificados en su integridad por el médico tratante, el paciente y el titular de la póliza afectada.

A partir del desconocimiento de cada uno de los adjuntos a las reclamaciones que formuló la IPS, itero, rogamos a Su Señoría, cite a ratificar las historias de epicrisis que se aportaron, y fueron creadas por cada uno de los médicos que se señalan como sus autores, pues, sea dicho, tal historial carece de firma autógrafa, digital o electrónica, pero se atribuye a un profesional médico.

Así, por ejemplo, requerimos la ratificación de cada uno de los comprobantes de prestación de servicios de salud que aportó la demandante.

Así entonces, y tal cual como las solicitudes precedentes, requerimos la ratificación de cada uno de los documentos que sirven como soporte a las reclamaciones relacionadas (anexo 5), señaladas en el hecho décimo segundo de la demanda y que reposan en el proceso como anexos a la demanda. **Tal ratificación deberá hacerla a quién se atribuya la autoría de cada documento, y, en el caso de cada póliza SOAT, el tomador y/o asegurado** quién debe dar fe de la ocurrencia del accidente de tránsito **y, así mismo, la víctima o paciente que atendió la IPS.**

La ratificación procede conforme al artículo 262 del CG del P, atendiendo que su contenido es declarativo, y, ciertamente, declaran los procedimientos, medicamentos y tecnologías de la salud que fueron prescritas por el respectivo médico tratante, la recepción y aceptación de estos a satisfacción por el paciente, pero, especialmente, el titular (tomador) del SOAT, deberá indicar las condiciones de tiempo, modo y lugar del accidente de tránsito que dio origen a la lesión del paciente.

39

De ésta manera, aunque dispendiosa, buscamos probar que las reclamaciones son fraudulentas, carentes de verdad respecto a la afectación de una póliza SOAT emitida por SEGESTADO, y, sobre todo, la nulidad absoluta o ineficacia o inexistencia de la reclamación.

3. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito a la señora Juez hacer comparecer al demandante para que por intermedio de su representante legal, de condiciones civiles y generales de ley conocidos en el proceso, absuelva el interrogatorio que versará sobre los hechos de demanda, sus contestaciones, los llamamientos en garantía y la respuesta de los mismos.

4. TESTIMONIALES

- Solicito a su señoría se sirva hacer comparecer al señor OMAR EDUARDO NIÑO ZABALA como testigo técnico, para que declare sobre los motivos de glosa respecto de las facturas, ratificaciones de las glosas y objeciones a las facturas presentadas en la

demanda y que podrá ser notificado en la Calle 23 No. 166-36 de la Ciudad de Bogotá o en 2-79 Lemonwood Dr, Toronto, ON, Canada. Teléfono 311 817 97 52 o 14379852504 correo electrónico omnino@sis.co. Testigo esencial a efectos de demostrar a su señoría que cada una de las facturas glosadas y/o objetadas se realizan en cumplimiento a las normas establecidas frente al caso concreto y por ende no podrán ser facturadas a mi mandante.

- Sirvase señor Juez ordenar el testimonio de Belkis Yaniry Rodríguez Bonilla, Auditora de Servicios Médicos grupo SIS o quien haga sus veces al momento de practicar la prueba, mayor, identificada con la CC. 68.290.809, quien podrá ser notificada en la Calle 9 # 4-19 Edificio las Américas Ofc 402 de Neiva, con el fin que dé cuenta sobre los pagos efectuados a la entidad demandante, las glosas y objeciones, así como de las demás excepciones propuestas en tiempo.

4. DOCUMENTALES:

Todos los que Su Señoría encuentra acompañando ésta misiva, y en siguiente enlace:

<https://drive.google.com/drive/folders/1x3UhUYUdSpzoFKdqDf4EwL19PNoPeXOz?usp=sharing>

5. INSPECCIÓN JUDICIAL Y EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS:

De forma respetuosa solicito a la señora Juez, se sirva fijar fecha y hora para llevar a cabo una Inspección Judicial a las instalaciones de la demandante, para verificar:

- La manera en que atiende los siniestros derivados de accidentes de tránsito, protocolos dispuestos para el efecto, etc.;
- Cómo presta los servicios con cargo a las pólizas SOAT;
- La manera como cuantifica el valor de dichos servicios, los factura y cobra;
- Y para verificar de primera mano las condiciones de tiempo, modo y lugar que tiendan a demostrar la veracidad de los hechos relacionados en el escrito de contestación.

De igual forma en dicha diligencia, la parte actora de acuerdo con las previsiones del C.G.P., deberá exhibir todos y cada uno de los documentos, soportes etc., relacionados con los servicios materia de este proceso.

6. AVISO DE DICTAMEN PERICIAL

Le Rogamos a Su Señoría nos conceda un plazo adicional para aportar un dictamen pericial que resulte concluyente respecto a cada reclamación en litigio, su origen y objeción, así como situación contable y tributaria actual.

VII. ANEXOS

- Poder que reposa en el expediente y anunció como prueba.

VIII. NOTIFICACIONES

- **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA:** Calle 18 N. 6-65 Neiva
Correo electrónico: contabilidad@fracturasyortopedia.com
- **APODERADA DEMANDANTE: MIREYA SANCHEZ:** Carrera 4 N. 10-53
Neiva Correo electrónico: mireyasanchest@hotmail.com cel 3002242742
- **SEGUROS DEL ESTADO S.A.:**
Dirección: Carrera 11 N. 90-20
Correo electrónico: juridico@segurosdelestado.com
- **JULIAN DAVID MEDINA TRUILLO** tel 301073228 Correo electrónico judatru13@hotmail.com.

41

De Su Señoría,

JULIAN DAVID TRUJILLO MEDINA
C.C. N° 80.850.956 de Bogotá
T.P. N° 165.655 C.S.J.

