

Doctor

JUAN CARLOS CERÓN DÍAZ

Magistrado

SALA CIVIL y FAMILIA

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA

seccfbqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co

ESM

Ref. Ejecutivo Singular N° **08001-31-53-006-2013-00185-01**
Sustentación recurso de apelación

YASMIN DE LA ROSA PEDROZA, apoderada del extremo demandado, reconocida en autos, en atención al auto proferido por Su Señoría, el pasado 17 de mayo de 2023, por el cual admite el recurso de apelación que formulé contra la sentencia de primera instancia, emanada del Juzgado 2° Civil del Circuito de Barranquilla, el pasado 19 de octubre de 2022; y, además, conforme al artículo 12 de la Ley 2213 de 2022 y la sentencia STC 5497-2021, de la Sala de Casación Civil de nuestra Corte Suprema de Justicia, procedo a sustentar, oportunamente, la alzada.

(i) Se in-aplicó norma sustancial y precedente constitucional por el *a quo*.

El régimen legal del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, en adelante SOAT, se encuentra consagrado en el Capítulo IV de la Parte Sexta, artículos 192 a 197 del Decreto Ley 663 de 1993 -Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en adelante EOSF-, con las modificaciones que

introdujo la Ley 100 de 1993 al incorporar este seguro al Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En efecto, el SOAT, en cumplimiento de los anteriores preceptos normativos, es un seguro que tiene una función social enmarcada en el cumplimiento de objetivos señalados expresamente en la ley.

En tal virtud, es preciso indicar que el numeral 2° del artículo 192 del EOSF define como objetivos de este seguro «La atención de todas las víctimas de los accidentes de tránsito, incluso los causados por vehículos automotores no asegurados o no identificados (...)» y el cubrimiento de la «(...) muerte o los daños corporales físicos causados a las personas (...)».

Para ese propósito, el legislador fue explícito en señalar que, en los casos de accidentes de tránsito, «[...] el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones **continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito** con las modificaciones de esta ley» y con sujeción a la reglamentación que expida el **Gobierno Nacional sobre los procedimientos de cobro y pago de estos servicios** (artículo 167, párrafos 1 y 3 de la Ley 100 de 1993, se resalta).

Instituido así un seguro de expedición obligatoria¹ por parte de las aseguradoras autorizadas, las coberturas del SOAT se encuentran establecidas de manera taxativa en el artículo 193 del EOSF y sobre el punto en particular, gastos médicos, señala:

«(...) a. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones, de acuerdo con la cobertura que defina el Gobierno Nacional. Para la determinación de la cobertura el Gobierno Nacional deberá tener en cuenta el monto de los recursos disponibles»²

El artículo 194 del EOSF (numeral 1) instituye la “Prueba de los daños” como regla para la obtención del “Pago de indemnizaciones” en el SOAT, al prescribir que «(...) *todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y sus consecuencias dañosas para la víctima*». El anterior precepto regula el principio indemnizatorio del negocio asegurativo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, que impone la carga de la prueba (onus probandi) a la parte que alega un acto jurídico (aplicable por remisión del artículo 192 del EOSF) en estrecha vinculación con el artículo 167 del CG del P y el artículo 1757 del Código Civil.

Es por ello, que se muestra necesario que la demandante aporte cada uno de los elementos y requisitos legalmente establecidos para formular una reclamación y obtener la indemnización³ correspondiente por los servicios de salud que señaló, suministró a los beneficiarios de las pólizas SOAT, emitidas por SEGESTADO que

¹ De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 191 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, “Solamente por ley podrán crearse seguros obligatorios

² La Ley 1438 de 2011 prescribió como prueba de accidente de tránsito en el SOAT “la declaración del médico de urgencias” (artículo 143).

³ Código de Comercio, artículo 1140: “Los amparos de gastos que tengan un carácter de daño patrimonial, **como gastos médicos, clínicos, quirúrgicos o farmacéuticos tendrán carácter indemnizatorio** y se regularán por las normas del Capítulo II cuando éstas no contraríen su naturaleza”

amparan tal cobertura⁴, por ejemplo, los establecidos en el numeral 2 del artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016.

Sólo hasta ese momento, se entenderá formalizada la correspondiente reclamación, habilitando a las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT, a estudiar 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 reclamación⁵, su presentación dentro del término de 2 años a la fecha de prestación del servicio⁶ so pena de operar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro⁷.

A cual más, el reglamento aplicable a éste tipo de reclamaciones dejó previsto que las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos

⁴ Decreto Único Reglamentario del Sector Salud N° 780 de 2016, artículo 2.6.1.4.2.20. "Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos: 1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada. 2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito: 2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto. 2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. 3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas: 3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto. 3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. 3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados. 4. **Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del presente decreto.** 5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

⁵ DUR Salud 780 de 2016, artículo 2.6.1.4.3.10

⁶ DUR Salud 780 de 2016, literal b, artículo **2.6.1.4.2.5.**

⁷ Código de Comercio, artículo 1081 en consonancia con el numeral 4, artículo 192 EOSF.

tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago⁸ y esa forma de presentación y trámite de las reclamaciones que eleven las IPS antes las sociedades Aseguradoras del ramo SOAT, está totalmente regulada por la Resolución 1645 de 2016 (Diario Oficial No. 49.863 de 4 de mayo de 2016)⁹ que identifica paso a paso el proceso de reclamación y reconocimiento del pago que aquí se discute.

Lo anterior, sin perjuicio de los deberes que el mismo ordenamiento jurídico nacional le impone a las IPS, por ejemplo, dar aviso del siniestro al asegurador en el mismo momento en que lo conozca, según el artículo 3° de la Resolución 3823 de 2016¹⁰ y el inciso tercero del artículo 2.6.1.4.4.3 del DUR 780 de 2016; tal reporte se efectúa a través del sistema de información centralizado, que para tal efecto dispuso SEGESTADO como aseguradora autorizada para operar el SOAT. Los prestadores de servicios de salud deberán registrarse en tal sistema, con el fin de que les sea asignado un usuario, y efectuar el reporte en la estructura establecida en la Resolución 3823 en comento, y su anexo técnico, que hace parte integral de dicha resolución. El incumplimiento de la obligación de reporte dará lugar a las investigaciones y sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos de los artículos 116 y 130 de la Ley 1438 de 2011, y también será un motivo de glosa u objeción, por impedir la respectiva auditoria in situ.

⁸ Parágrafo 1, art. **2.6.1.4.2.5, DUR 780.**

⁹ https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1645_2016.htm

¹⁰ https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203823%20de%202016.pdf

Tal como puede verse, Su Señoría no se encuentra frente a una acción cambiaria directa, y por esa razón acudir a las normas específicas de los títulos valores, como la Ley 1231 de 2008 y la Ley 1676 de 2013, la llevará a incurrir en defecto sustantivo o error de derecho, conformidad con el artículo 5° de la Ley 57 de 1887, que indica “(...) la disposición relativa a un asunto especial prefiere a la que tenga carácter general”, logrando que las disposiciones legales que regulan las condiciones, procedimientos, amparos y coberturas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT–, sean la única fuente de derecho admisible para efectos indemnizatorios, establecidos con cargo a esa póliza.

Es por lo mismo, y se insiste, que 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-

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 (...)»

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»

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 2008¹¹ expedida por el Ministerio de Salud

¹¹ Modificada por las Resoluciones 416 de 2009, 3385 de 2011, 4331 de 2012 y 458 de 2013.

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.
 - 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).

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.

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»

Muy recientemente, sobre tal particular, la Sala Civil de nuestra Corte Suprema de Justicia, en sentencia STC14094-2022, amparó el derecho fundamental al debido proceso de SEGUROS DEL ESTADO SA, en medida que, un Tribunal Superior, pasó

por alto el precedente constitucional sentado por la misma Corte Suprema. En dicha providencia, la Sala Civil del máximo órgano de la *jurisdicción ordinaria*, explicó:

"(...) En lo que refiere al interrogante sobre si las «facturas de servicios de salud», en particular, las emitidas con ocasión de la afectación de las «pólizas de SOAT», son o no un «título complejo», esta Sala en sede de tutela ha respondido positivamente dicha pregunta, al sostener en un caso de idénticos perfiles al que ahora se analiza, que:

la normatividad llamada a regular el asunto era la relativa al cobro de las indemnizaciones derivadas de pólizas de seguro obligatorio por accidente de tránsito, contenida en los Decretos 663 de 1993, 3990 de 2007 y los artículos 1053 y 1077 del Código de Comercio" y que tratándose del cobro de "facturas" atinentes a gastos médicos, la "documentación" necesaria para constituir el "título ejecutivo complejo" eran los "Formularios de reclamación, según el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, certificado médico de atención, formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, la factura y fotocopia de la póliza (STC2064-2020, que citó la STC19525-2017) (...)" – Se resalta –

Por tanto, y también conforme a la sentencia SU-406 del 2016; ruego se aplique el precedente constitucional sentado por la Sala Civil de nuestra Corte Suprema de Justicia, por manera que, en definitiva, se revoque el numeral 2° de la sentencia proferida el pasado 19 de octubre de 2022, por el Juzgado 2 Civil del Circuito de Barranquilla.

Lo anterior, porque al consultar los anexos a la demanda se demostró con paladina claridad, que no se aportó título completo a la presente casusa, por la parte

demandante, pues, como se dijo antes. Ciertamente, las siguientes facturas no se aportaron con los respectivos anexos requeridos por la Ley:

No. Factura	Valor	Saldo a pagar
0000070320	\$3.767.100.00	\$3.767.100.00
0000071131	\$8.583.650.00	\$8.583.650.00
0000071122	\$58.700.00	\$58.700.00
0000069774	\$1.522.000.00	\$1.522.000.00
0000073333	\$5.498.050.00	\$5.498.050.00

Así, ninguna de las cinco (5) facturas objeto de recaudo es título valor, como lo tiene señalado y ampliamente decantado la jurisprudencia constitucional de la Sala Civil de nuestra Corte Suprema de Justicia; y, a su turno, tampoco es título complejo, motivo por el cual debió negarse la continuidad de la ejecución.

Y es que, para abundar en razones, las reclamaciones por los antedichos conceptos sólo pueden ser objetadas y glosadas. Lo primero, conforme al artículo 1053 del Código de Comercio, y en tanto la reclamación no reúna los requisitos legales para ser atendida, o, porque se no surta el legal trámite de reclamación y auditoria; y, en general, por cualquier motivo que no corresponda a una glosa. Lo segundo, conforme a la Resolución 3047 de 2008 (modificada por la Resolución 416 de 2009) y el Decreto 2423 de 1996, éste último, que contiene el Manual Tarifario de los servicios de salud, porque en éste ámbito, la factura debe cumplir con dichas tarifas.

Es por todo lo anterior, que el mismo ente rector del sistema general de seguridad social en salud – MINSALUD – previo en la Resolución 1915 de 2008 - modificada por la Resolución 1136 de 2012 – por la cual 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)*»; 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

Se itera, el artículo 194 del EOSF (numeral 1) instituye la "Prueba de los daños" como regla para la obtención del "Pago de indemnizaciones" en el SOAT, al prescribir que «(...) todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y sus consecuencias dañosas para la víctima». El anterior precepto regula el principio indemnizatorio del negocio asegurativo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, que impone la carga de la prueba (onus probandi) a la parte que alega un acto jurídico (aplicable por remisión del artículo 192 del EOSF) en estrecha vinculación con el artículo 167 del CG del P y el artículo 1757 del Código Civil.

Es por ello, que se muestra necesario que la demandante aporte cada uno de los elementos y requisitos legalmente establecidos para formular una reclamación y obtener la indemnización¹² correspondiente por los servicios de salud que señaló, suministró a los beneficiarios de las pólizas SOAT, emitidas por SEGESTADO que amparan tal cobertura¹³.

(ii) **También se aplicación indebidamente normas sustanciales.**

El *a quo*, aseguró en la decisión recurrida que "(...) En cuanto al pago de los mismos, de conformidad con el art. 50 de la ley 1438 de 2011, en su Parágrafo 1º: "La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008." (...)"

¹² Código de Comercio, artículo 1140: "Los amparos de gastos que tengan un carácter de daño patrimonial, **como gastos médicos, clínicos, quirúrgicos o farmacéuticos tendrán carácter indemnizatorio** y se regularán por las normas del Capítulo II cuando éstas no contraríen su naturaleza"

¹³ Decreto Único Reglamentario del Sector Salud N° 780 de 2016, artículo 2.6.1.4.2.20. "Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos: 1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada. 2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito: 2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto. 2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. 3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas: 3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto. 3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. 3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados. 4. **Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del presente decreto.** 5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

Tal afirmación es incorrecta, porque, SEGUROS DEL ESTADO SA, no es una EPS ni una IPS, no sólo porque su objeto social es diferente, sino que, además, no cuenta con habilitación para ello, por lo cual, aún ni en gracia de la analogía prevista en el artículo 8 de la Ley 153 de 1887, tal normatividad le resulta aplicable.

Lo propio ocurre cuando el *a quo* aseguró que "(...) analizadas las facturas de venta base de la ejecución, contrario a la manifestado por la demandada, dichos documentos tienen identidad y las características propias como la legitimación, literalidad, autonomía e incorporación (art. 619 C.Co), de los cuales por ministerio de la ley se deriva una obligación clara, expresa y exigible que proviene del deudor, como quiera que la Ley 1231 de 2008 y su Decreto Reglamentario 3327 de 2009, "por el cual se unifica la factura como título valor", dispone en su artículo 1º: "El artículo 772 del Decreto 410 de 1971, Código de Comercio, quedará así: Factura es un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio (...)".

Ciertamente, tal apreciación desconoce que, en materia de reclamaciones ante el asegurador del SOAT, existe norma especial (art. 5, L. 153 de 1887), y, de suyo, como sostiene la Sala Civil de nuestra Corte Suprema de Justicia, les resulta abiertamente inaplicable el régimen cambiario de la factura, como título valor.

A su vez, cuando el *a quo* explicó que "(...) si bien el Decreto 780 de 2016 establece en su ARTÍCULO 2.6.1.4.2.20 ejusdem, unos documentos adicionales a las facturas de venta que deben ser anexados por el prestador de servicios de salud al momento

de presentar la solicitud de pago ante la aseguradora, no es menos cierto que, estos deben ser allegados al momento de la reclamación extrajudicial para que dicha entidad dentro del mes siguiente determine su procedencia o en su defecto emita las objeciones a que haya lugar, so pena de que, como alega el ejecutante en el sub examine, al operar el vencimiento de dicho plazo se encuentre obligada al reconocimiento y pago en favor del reclamante, además de la obligación a su cargo, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, que es precisamente lo que aquí se pretende (...)"

Tal afirmación desconoce la regulación especial, una vez más, establecida en la Resolución 1645 de 2016 (*Diario Oficial No. 49.863 de 4 de mayo de 2016*)¹⁴ que *identifica paso a paso el proceso de reclamación y reconocimiento del pago que aquí se discute. En tal acto administrativo, el Ministerio de Salud, dispuso que toda reclamación ante la Subcuenta ECAT del Fosyga o quien haga sus veces, surtirá para su verificación, control y pago, las etapas de: 1) prerradicación; 2) radicación; 3) auditoría integral; 4) comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo; y/o 5) pago, cuando este último proceda (art. 9).*

La primera etapa, dice el artículo 10 de la norma en comento:

"(...) inicia con la identificación del servicio que será objeto de reclamación y el alistamiento documental de medios físicos y magnéticos de la misma, los cuales deben presentarse ante el Fosyga

¹⁴ https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1645_2016.htm

o quien haga sus veces de manera independiente para reclamaciones de primera vez o respuesta a resultados de auditoría y concluye con el recibo del medio magnético cuando este cumple con los parámetros técnicos exigidos para su generación, o su rechazo en caso contrario.

En el caso de personas naturales, inicia con el alistamiento documental soporte de la reclamación y culmina con el recibo por parte del Fosyga o quien haga sus veces del formulario que para el efecto adopte este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, completamente diligenciado, de acuerdo con la información contenida en los soportes o su rechazo por incumplimiento de esta última exigencia (...)"

Así, las IPS presentarán sus reclamaciones de primera vez ante el Fosyga o quien haga sus veces, dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes. La respuesta a los resultados de la auditoría se radicará entre el día 16 y el último día hábil de cada mes; y, aclara, para los casos en los cuales se genere rechazo de la reclamación por incumplimiento de los requisitos para la presentación, este será comunicado al reclamante de manera inmediata, señalando la causal correspondiente y haciendo entrega de los medios físicos recibidos. Cuando el reclamante no se encuentre presente, el rechazo le será comunicado a través de correo certificado, en un término no mayor a diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación al Fosyga, al cual se adjuntarán los soportes recibidos (art. 12, ib).

Para la segunda fase, la norma contempla que "(...) La fecha de cierre del periodo de radicación para el caso de reclamaciones de primera vez, presentadas por personas jurídicas, será el día quince (15) calendario de cada mes y el último día calendario de cada mes cuando correspondan a respuestas a resultados de auditoría (...)" y,

además, que "(...) Durante esta etapa, el Fosyga o quien haga sus veces, realizará la digitalización y tipificación de los soportes físicos de las reclamaciones que superaron la etapa de pre radicación, posterior a lo cual se realizará en el caso de reclamaciones presentadas por persona jurídica, el cotejo de la información suministrada en el medio físico respecto de la entregada en el medio magnético en los campos correspondientes al tipo y número de documento de la víctima y número de la factura de venta. Si el resultado de esta comparación arroja identidad en los datos, se procederá al cargue de la información en el sistema de información del Fosyga o en su defecto el rechazo de la misma, el cual le será comunicado al reclamante a través de correo certificado, en un término no mayor a diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación (...)" (arts. 14 y 15, ib).

Asimismo, la etapa de auditoría integral, impone que "(...) Durante esta etapa, que se desarrolla dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre del periodo de radicación, el Fosyga o quien haga sus veces realiza la validación del cumplimiento de los aspectos mínimos de verificación consignados a continuación, mediante el análisis de la información suministrada por el reclamante en las etapas de pre radicación y radicación (...)" ; es decir, que cumpla con los aspectos mínimos de verificación, a saber:

1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo al instructivo correspondiente.

2. Que la información contenida en los medios magnéticos del formulario de que trata el numeral anterior, sea consistente con los soportes físicos de la reclamación.
3. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.
4. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo [73](#) de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.
5. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por el Fosyga o por otra entidad, en los términos del Decreto número [056](#) de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
6. Que exista relación de los servicios y tecnologías en salud reclamados con el evento que origina la reclamación.
7. Que los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentren soportados en los documentos de epicrisis o resumen de atención, según corresponda.
8. Que en la factura de venta o documento equivalente generado por el reclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.
9. Que el valor de los ítems facturados y reclamados se encuentre liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.

10. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.
11. Que los servicios de salud cobrados se encontraban habilitados por el reclamante para la fecha de prestación de los mismos.
12. Que la entidad reclamante sea la misma que prestó el servicio de salud.
13. Que la víctima existía al momento de la prestación del servicio de salud.
14. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número [056](#) de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
15. Que los servicios de salud reclamados se prestaron a la víctima por la cual se reclama.

Así, Producto de la auditoría integral de las reclamaciones, el Fosyga o quien haga sus veces, aplicará uno de los siguientes estados: (i) **Aprobado**: Cuando todos los ítems de la reclamación cumplen con los criterios señalados en la normativa vigente; (ii) **Aprobado parcial**: Cuando alguno o algunos de los ítems de la reclamación cumple(n) con los criterios señalados en la normativa vigente; y, (iii) **No aprobado**: Cuando todos los ítems de la reclamación no cumplen con los criterios señalados en la normativa vigente.

Entonces, el *a quo* pasó por alto el antedicho procedimiento que, valga acotar, es obligatorio para SEGUROS DEL ESTADO SA y para la IPS demandante, por tratarse de normas de orden público (arts. 15 y 16, CC). A cual más, la decisión censurado establece que, tal procedimiento, es un mero trámite administrativo previo, tras del cual, las facturas recobran el potencial cambiario, lo que, al rompe, tampoco es cierto.

Nótese, ni un mes, ni 3 días, ni los tiempos que señaló el Juzgador en primera instancia, son los empleados para conocer y decidir las reclamaciones que presenta la IPS ante el asegurador del SOAT, y, por lo tanto, tampoco pueden emplearse para decirse aceptadas dichas reclamaciones.

De tal manera, cuando el *a quo* sostiene que "(...) yerra la asegurada ejecutada (sic) al afirmar que en el sub examine la ejecutante se encuentra obligada a demostrar en esta instancia la existencia del siniestro y aportar los documentos que establece la norma precitada, como quiera que, lo perseguido por la CLÍNICA DE FACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, en este proceso no es la reclamación inicial del pago de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, sino el cobro de las obligaciones que, no fueron objetadas por SEGUROS DEL ESTADO S.A dentro del término de ley y que por ende, prestan merito ejecutivo al haber cobrado exigibilidad, por disposición del art. ARTÍCULO 2.6.1.4.3.12. del decreto 780 de 2016, que dispone: *"Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio.*

Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad (...)”.

Y es que, en gracia de discusión, si el *a quo* quería hacer notar que las facturas, en éste caso, son títulos valores, debió auscultar del escrito de contestación a la demanda, y proposición de excepciones, que el negocio jurídico causal le impone a la IPS, cumplir derroteros que el mismo legislador estableció, por manera que, su incumplimiento, llevaría al traste la acción cambiaria (num. 12, art. 784, CCio).

Y, que no se diga, como lo sostiene el *a quo*, que “(...) la ejecutada en ninguna forma afirmó no haber recibido los anexos que reclama se aduzcan en este proceso junto con las facturas, por el contrario alegó que muchas de las facturas presentaban objeciones, las cuales de no haber recibido los anexos que estipula la normatividad citada precedentemente no habrían efectuado (...)”; pues, una razón para objetar la reclamación, precisamente, es la ausencia de los anexos al FURIPS, o, incluso, dicho formulario.

(iii) Inaplicación o aplicación indebida de normas procesales.

El *a quo*, sostiene que, SEGUROS DEL ESTADO SA, tenía la carga de probar “(...) que las solicitudes de pago de los servicios de salud dispensados por la entidad prestadora no satisfacen las estipulaciones legales, pues precisamente analizó dichos

soportes en su momento y se encuentran en su poder, amén de que si se acredita en el paginario que recibió las facturas a efecto de efectuar la reclamación y si no formuló oportunamente las objeciones o glosas, implicaría aceptación tácita de la misma, circunstancia que en últimas mantendría incólume la obligación en ellas vertidas y faculta a la CLÍNICA DE FACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, a impetrar el cobro ejecutivo de conformidad con el art. ARTÍCULO 2.6.1.4.3.12. del decreto 780 de 2016 ejusdem (...)"

Ciertamente, al leer con atención el artículo 167 del CG del P, en consonancia con el artículo 1757 del CC, se tiene: (i) al demandante le corresponde probar la existencia del título ejecutivo, es decir, una obligación clara, expresa y exigible que proviene del deudor; (ii) esa carga, en principio, no puede ser cumplida porque, los títulos base de recaudo, no provienen del deudor, sino del acreedor en éste caso, pues, es él quién genera la reclamación con el lleno de los requisitos legales.

A su turno, el *a quo* se negó al acogimiento del precedente judicial, en abierta contravención del artículo 7 del CG del P, e, incluso, de la doctrina probable, definida en el artículo 4 de la Ley 169 de 1896, porque, no son los Juzgados de Bogotá, o el Tribunal Superior de dicho distrito judicial los que prodigan que, casos como el presente, imponen la adjunción de títulos complejos. Tal entendimiento lo expuso la Sala Civil y la Sala Laboral de la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencias STL 4988 de 2017, sentencia del 15 de abril de 2020 (exp. 88735, CSJ, Sala Laboral) y STC19525 de 2017 (Sala Civil). Por lo cual, apartarse de dichos pronunciamientos en torno al título complejo, en éste caso, requería mucho más que decir "(...)Por lo antes

dicho, no acoge este Despacho los pronunciamientos judiciales aportados por SEGUROS DEL ESTADO S.A en su contestación, de los Juzgados de Bogotá y del Tribunal del mismo distrito, en los cuales se exige que se constituya título complejo para el cobro de las facturas que son recibidas por la aseguradora y no son canceladas ni objetadas dentro del término de ley, pues transcurrido dicho plazo se constituye en favor del prestador de los servicios de salud una obligación clara, expresa y exigible para reclamar el pago no solo del importe del capital contenido en las facturas sino del interés moratorio desde la fecha de vencimiento, máxime cuando en la reclamación extrajudicial inicial que se les hizo se le allegaron dichos anexos y tuvieron la oportunidad de analizarlos y objetar el pago y al no haberlo hecho, deben asumir la consecuencias que la ley establece a su omisión (...)."

A su turno, el *a quo* decidió restar valor probatorio a los documentos que aportó SEGUROS DEL ESTADO SA, sin detenerse a apreciar que revisados los elementos probatorios en que se sustentan sus medios exceptivos, se encuentran sendas cartas de objeción dirigidas a la ejecutante con identificación del número de factura, póliza y donde se detalla además la causal de objeción, y las guías de entrega que fueron aportados contienen los datos que permiten correlacionar las cartas de objeción con la guía de envío del correo, en efecto, únicamente aparece que fueron dirigidas a la CLÍNICA DE FACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.

Señoría, ninguna disposición legal existente, en materia especial de reclamaciones del SOAT, o, incluso, en tratándose de servicios postales, impone que, en la guía de remisión, se indique el contenido del sobre; menos aún, en la realidad, ello ocurre.

Lo que el *a quo* significó con tal afirmación, es que, SEGUROS DEL ESTADO SA, mintió con relación a la remisión de las cartas de objeción, e, incluso, impuso, implícitamente, que tales objeciones deben cumplir formalidades de cotejo y certificación que el legislador no solicita, lo cual, a más de las veces, sólo puede traducirse en la creación de una tarifa legal inexistente, ora, una prueba *diabólica*, por lo imposible de recaudarla al tiempo en que se aportó.

De suyo, el mismo *a quo* se contradijo, porque, a pesar de expresar lo que se viene de trasuntar y resaltar, aceptó que, SEGUROS DEL ESTADO SA, oportunamente objetó y/o glosó las reclamaciones insertas en una tabla que confeccionó el mismo juzgador, y, ello, justamente, tornaba en improcedente la ejecución, en tanto, la Resolución 1915 de 2008 - modificada por la Resolución 1136 de 2012 – por la cual 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)*»; indica:

«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»

Por ende, y como se dijo a lo largo del proceso, no hay obligación exigible porque se objetó la reclamación correspondiente.

(iv) **No se estudió debidamente, con base en normas de orden público, la prescripción alegada.**

El artículo 15 de la Ley 1966 de 2019, establece “Todos los prestadores de servicios de salud están obligados **a generar factura electrónica** para el cobro de los servicios y tecnologías en salud. Deberán presentarla, al mismo tiempo ante la DIAN y la entidad responsable de pago con sus soportes en el plazo establecido en la ley, **contado a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, prescribirá el derecho en los términos de ley**” (Negrillas nuestras).

A su turno, el artículo 1081 del Código de Comercio, prevé “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”.

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 ibídem 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 (...)*”.

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.

Por tanto, las reclamaciones – facturas – que impulsan la ejecución, sólo pueden constituir obligaciones naturales (art. 1527, CC), porque, los derechos económicos que contienen, prescribió, en su modalidad extintiva (num. 10 art. 1625, CC); en tanto, transcurrió más de dos (2) años, desde que la IPS demandante dijo atender al paciente y asegurado, respecto al presente cobro, y, el lapso que tomó notificar el mandamiento ejecutivo (art. 94, L. 1564/12).

Así, los cobros pretendidos, se encuentran prescritos.

CONCLUSIÓN Y PRETENSIÓN IMPUGNATICA.

Colofón de lo anterior, en aquello que resultó desfavorable para SEGUROS DEL ESTADO SA (*non reformatio in pejus*) la decisión censurada, ruego, se revoque, y, en su lugar, se acoja cada una de las excepciones propuestas que se despacharon adversamente por el *a quo*.

Del Señor Magistrado,



YASMIN DE LA ROSA PEDROZA

C.C 32.747.709 de Barranquilla

T.P 124.593 expedida por el C.S. de la Judicatura