



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Laboral

IVÁN MAURICIO LENIS GÓMEZ

Magistrada ponente

Radicado n.º 88735

Acta 12

Bogotá D.C., quince (15) de abril de dos mil veinte (2020).

La Sala resuelve la impugnación que la **CLÍNICA LA VICTORIA S.A.S.** presentó contra el fallo que el 26 de febrero de 2020 profirió la Sala de Casación Civil de esta Corte profirió, en el trámite de acción de tutela que la recurrente instauró contra la **SALA CIVIL-FAMILIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE BARRANQUILLA** y el **JUZGADO DIECISÉIS CIVIL DEL CIRCUITO** de la misma ciudad.

I. ANTECEDENTES

El apoderado judicial de la **CLÍNICA LA VICTORIA S.A.S.** instauró este mecanismo constitucional que ocupa la atención de la Sala con el fin de obtener la protección de los derechos de su agenciada al **DEBIDO PROCESO** y al **ACCESO A LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA**, en

conexidad con la **CONFIANZA LEGÍTIMA**, presuntamente trasgredidos por las autoridades judiciales convocadas.

Para respaldar su solicitud, manifestó que su prohijada instauró demanda ejecutiva contra la sociedad Seguros del Estado S.A. orientada a cobrar coercitivamente sumas de dinero contenidas en algunas facturas cambiarias.

Adujo que el asunto se asignó por reparto al Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de Barranquilla, autoridad que mediante auto de 2 de mayo de 2018 libró mandamiento de pago contra la ejecutada por la suma de \$426.800.517,84.

Afirmó que la demandada presentó recurso de reposición contra el proveído referido y formuló excepciones de mérito, medios de defensa que el juez de conocimiento del asunto desestimó a través de auto de 25 de octubre de 2018, al considerar que no había lugar a ello y que las excepciones fueron extemporáneas.

Señaló que, inconforme con dicho proveído, el apoderado judicial de Seguros del Estado S.A. presentó reposición contra la última decisión mencionada, instrumento procesal al que el juzgado accedió mediante decisión de 5 de junio de 2019 y a través del cual declaró probada la excepción de inexigibilidad de los títulos de recaudo ejecutivos y dispuso no seguir adelante con la ejecución.

Explicó que apeló la anterior decisión y que mediante auto de 9 de diciembre de 2019, la Sala Civil-Familia del Tribunal Superior de Barranquilla la confirmó íntegramente.

Argumentó que las autoridades judiciales accionadas lesionaron sus derechos fundamentales al negarse a continuar con el trámite del proceso coactivo y al actuar totalmente al margen del procedimiento establecido; y, al hacerlo, descartaron equivocadamente la idoneidad de los documentos base de recaudo, pese a que contenían una obligación clara, expresa, exigible y susceptible de ejecución.

Conforme lo anterior, solicitó que se protejan sus garantías presuntamente conculcadas y solicitó que, como medida dirigida a restablecerlas, se dejaran sin efecto las decisiones censuradas y, en su lugar, se ordene la expedición de proveídos de reemplazo, acordes al trámite de la acción cambiaria regulada en los artículos 780 y siguientes del Código de Comercio.

II. TRÁMITE Y DECISIÓN DE INSTANCIA

La Sala de Casación Civil de esta Corte admitió la acción constitucional mediante auto de 13 de febrero de 2020, en el que corrió traslado a los despachos judiciales accionados para que ejercieran su derecho de defensa y, con igual fin, ordenó vincular a las partes e intervinientes en el proceso ejecutivo originario de la queja (f.º 126). Durante el término de traslado concedido para tales efectos, se recibieron las siguientes respuestas:

El apoderado judicial de la sociedad Seguros del Estado S.A. manifestó que los reparos esbozados por la sociedad tutelante no tienen por origen una transgresión de garantías superiores, sino su discrepancia con las valoraciones que las autoridades convocadas efectuaron en las decisiones materia de controversia. Así, señaló que en este caso no estructuran los presupuestos generales y específicos de la acción de tutela contra providencias judiciales y, al amparo de tal argumento, pidió que se desestimara la petición de resguardo (f.º 136 a 144).

Por su parte, la Juez Dieciséis Civil del Circuito de Barranquilla afirmó que respetó las garantías procesales de las partes intervinientes en el juicio mencionado y señaló que no incurrió en ningún actuar caprichoso o desmedido que pudiese considerarse contrario a los derechos invocados (f.º 156).

Concluido el trámite mencionado, a través de fallo de 26 de febrero de 2020 la Sala de Casación Civil negó la salvaguarda reclamada, al estimar que la decisión cuestionada era razonable y compatible con las normas que regulaban la materia, de manera que de su contenido no podía extraerse la transgresión esgrimida como fundamento del instrumento de amparo (f.º 157 a 162).

III. IMPUGNACIÓN

Inconforme con la decisión anterior, el apoderado judicial de la clínica tutelante la impugnó y solicitó su

revocatoria, aspiración que respaldó en argumentos que guardaron identidad con sus planteamientos iniciales (f.º 164 a 186).

IV. CONSIDERACIONES

Sea lo primero señalar que la acción de tutela está consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política, como un mecanismo expedito que le permite a todo ciudadano acudir a las autoridades judiciales para obtener la protección de sus derechos fundamentales que hayan sido lesionados o amenazados por una autoridad pública o, en ciertos casos, por parte de un particular.

Ahora, según reiterada jurisprudencia de esta Corte, el prenombrado mecanismo constitucional es procedente cuando la transgresión proviene de una decisión judicial. Sin embargo, en dichos eventos, la viabilidad del resguardo se encuentra supeditada a que se demuestre que la decisión reprochada es el resultado de una interpretación notoriamente alejada del ordenamiento jurídico, a tal punto que su arbitrariedad resulte evidente e indudablemente conexas con la vulneración alegada.

Por el contrario, cuando se verifica que la providencia cuestionada es producto de una reflexión razonable y ponderada de la autoridad que la profirió, no puede el juez constitucional quebrantarla o modificar su contenido, so pretexto de tener una mejor opinión sobre el asunto que se

resuelve, pues ello conllevaría a una inadecuada intromisión de la autoridad constitucional en la órbita de competencia de otras autoridades, lo que es contrario a los principios de independencia judicial y cosa juzgada que se erigen en pilar del Estado Social de Derecho.

Conforme lo anterior, en este caso debe establecerse si a través de la decisión de fecha 9 de diciembre de 2019 el Tribunal Superior de Barranquilla lesionó los derechos fundamentales de la accionante, al confirmar el auto que profirió el Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de la misma ciudad en el proceso ejecutivo ya referido.

Pues bien, en el proveído objeto de reproche, el Tribunal encausado comenzó por efectuar un completo recuento de los antecedentes fácticos y procesales, incluido el recurso de apelación que le otorgó la competencia funcional. Luego, señaló que el interrogante que debía resolver era establecer si de las facturas cambiarias invocadas por la clínica ejecutante era factible extraer la existencia de una obligación clara, expresa y actualmente exigible a la aseguradora demandada.

En esa dirección, explicó que el marco jurídico idóneo para resolver la controversia en estudio estaba conformado por el artículo 422 del Código General del Proceso, como también por la Ley 1231 de 2008 y los Decretos 4747 de 2007 y 56 de 2015, disposiciones especiales que, señaló, regulaban la ejecución de facturas cambiarias derivadas de

servicios de salud prestados con ocasión de accidentes de tránsito.

Posteriormente, interpretó los preceptos citados e indicó que la ejecución de títulos valores de las características enunciadas exigía la integración de un documento base de recaudo complejo, integrado por el instrumento autónomo contentivo de la suma a cobrar, más el formulario de reclamación, la epicrisis o resumen médico y las copias pertinentes de la historia clínica de la persona atendida.

Asimismo, analizó los elementos de prueba que obraban en el expediente y verificó que el ejecutante únicamente aportó las facturas cambiarias para respaldar la solicitud de ejecución. Con fundamento en ello, estimó que de las probanzas allegadas no era posible extraer la conformación de un título ejecutivo contentivo de los requisitos mencionados en la parte introductoria y, por consiguiente, tampoco era factible continuar con el trámite el juicio coercitivo.

En consecuencia, el *ad quem* consideró que la decisión del juez de primer grado era atinada y, de acuerdo con dicha reflexión, la confirmó íntegramente.

Así las cosas, al analizar la anterior decisión, esta colegiatura considera que el Tribunal Superior de Barranquilla no incurrió en los errores evidentes que le endilgó la sociedad accionante en el escrito que dio origen a la queja constitucional, debido a que seleccionó

adecuadamente las normas sustantivas y procesales aplicables al caso bajo su criterio, las interpretó en forma sensata, valoró los elementos de prueba que se incorporaron al expediente con sujeción a las reglas de la sana crítica y, finalmente, construyó una decisión coherente, que consultó las reglas mínimas de razonabilidad y que, en manera alguna, puede considerarse transgresora de derechos fundamentales.

Por lo expuesto, esta Corte estima que no se configuran en este asunto los requisitos que excepcionalmente habilitan al juez de tutela a interferir en la órbita privativa del juez natural, pues este último cumplió con la tarea de impartir justicia que le fue atribuida por la Constitución y por la ley, sin incurrir en errores evidentes o en desafueros lesivos de garantías superiores que ameriten la adopción de las medidas urgentes reclamadas.

En el anterior contexto, se confirmará la decisión del juez constitucional de primer grado que negó la protección deprecada.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: Confirmar el fallo impugnado.

SEGUNDO: Comunicar esta decisión a los interesados en la forma prevista en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

TERCERO: Remitir el expediente a la Corte Constitucional para la eventual revisión del fallo pronunciado.

Cópiese, notifíquese, publíquese y cúmplase



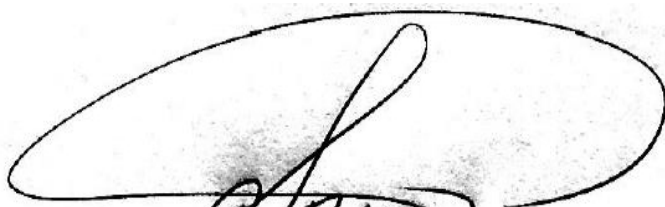
LUIS BENEDICTO HERRERA DÍAZ
Presidente de la Sala



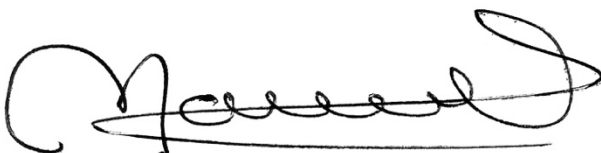
GERARDO BOTERO ZULUAGA



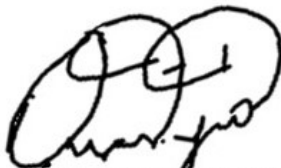
FERNANDO CASTILLO CADENA



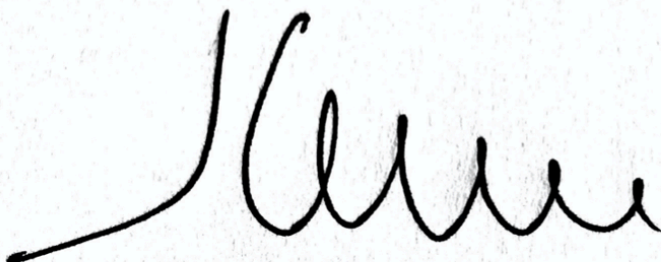
CLARA CECILIA DUEÑAS QUEVEDO



IVÁN MAURICIO LENIS GÓMEZ



OMAR ANGEL MEJÍA AMADOR



JORGE LUIS QUIROZ ÁLEMAN

Señores:
HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DE NEIVA- HUILA
SALA CIVIL
MAGISTRADO PONENTE: Dra. ENASHEILLA POLANIA GOMEZ
E. S. D.

REF: EJECUTIVO SINGULAR N° 2017-00161-01
DEMANDANTE: CLINICA UROS
DEMANDADO: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

ASUNTO: Sustentación de los reparos concretos

JULIAN DAVID TRUJILLO MEDINA, también mayor de edad, domiciliado en Neiva e identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80.850.956 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la T.P No 165.655 del C. S. de la J, obrando en mi calidad de Apoderado de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, por medio del presente escrito y dentro de la oportunidad legal correspondiente, me permito sustentar el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia proferida por el Juzgado 5 Civil del Circuito de Neiva, en el proceso de la referencia.

I. CONSIDERACIONES DEL APODERADO DE SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Bajo el amparo del artículo 14, inciso segundo del Decreto Legislativo 806 del 4 de junio de 2020, me permito seguidamente y de manera escrita sustentar el recurso de apelación interpuesto contra el fallo de primera instancia proferido por el A-quo, bajo el rigor de los puntos de disenso que se le reprochan al fallo en comentario, así:

1.- SOBRE LA PRESCRIPCIÓN:

"El A-quo aplicó contrariando el derecho, un régimen de prescripción de las reclamaciones derivadas de la prestación de servicios de salud con cargo a pólizas Soat, que no es correcto, toda vez que en este asunto no se debió tener en cuenta la prescripción de la acción cambiaria, sino la del contrato de seguro, que es de dos años."

Para sustentar éste punto de disenso, me permito precisar de manera sucinta algunos de los términos en que fue contestada la demanda y que no fueron tenidos en cuenta poa la Juez de primera instancia; el Decreto 3990 de 2007, en su artículo 10 indica el régimen legal aplicable y señala "Lo no previsto en este contrato, se rige por lo dispuesto en el artículo 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las normas que regulan el contrato de seguro en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.", entonces 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 observa de manera clara que las pretensiones reclamadas derivan de una acción contractual y legal, entre la demandante y la demandada con fundamento en el Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito, en el cual y conforme al Art. 1 del Decreto 3990 DE 2007 se señalan los beneficiarios del pago de las coberturas de la póliza así:

"Beneficiario. Es la persona natural o jurídica que acredite su derecho para obtener el pago de la indemnización, de acuerdo con las coberturas otorgadas en la póliza o establecidas en la ley, así: a) Servicios médico-quirúrgicos: La Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, habilitada, que hubiere prestado los servicios de atención de urgencias,

hospitalización, suministro de material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación. Igualmente podrán ser beneficiarias las IPS que suministren la atención inicial de urgencias, quienes deberán remitir al paciente a la IPS más cercana habilitada para el nivel de complejidad requerido;...”.

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 presto 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.

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 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.

Vale la pena tener en cuenta que conforme decisión de la Corte Suprema de Justicia de manera particular en la sentencia STC 2064-2020 Radicación N° 11001-02-03-000-2020-00426-00., sentencia que fuera confirmada en segunda instancia y resuelta por la Sala de Casación Laboral, Magistrado Ponente IVAN MAURICIO LENIS GOMEZ mediante fallo con radicado 88735 Acta 12 del 15 de abril de 2020, confirmándola en su integridad, determinó que en el tema de reclamaciones de servicios de salud con cargo a pólizas SOAT, la ley que rige es la del derecho de seguros.

3

2-. SOBRE LAS GLOSAS:

"El a-quo no tuvo en cuenta la legislación y normatividad que rige y regula, las reclamaciones derivadas por prestación de servicios de salud con cargo a pólizas Soat, toda vez que aplicó sin rigor jurídico normas que no se aplican al caso concreto”.

Con extrañeza se observa como el fallador de primera instancia en la sentencia proferida se aparta de lo reglado en la norma, al despachar de manera negativa las excepciones propuestas dentro de la oportunidad procesal pertinente.

Es que el fallador cometió sendo yerro al adoptar la decisión materia de recurso, debido a que se debe tener en cuenta que no obstante, las glosas y demás reparos que le fueron puestos de presente a la parte actora, antes de haber presentado la demanda, este solo anexó unas facturas para respaldar el cobro de los servicios supuestamente adeudados por mi poderdante; situación que ameritaba que ni siquiera fuese librado el mandamiento de pago, en razón a que este tema por ser especial y complejo, y por comprometer recursos destinados para la prestación del servicio de salud de los Colombianos, se debe valorar desde la visión especialísima dada por el legislador y por los demás entes reguladores. Es que no puede ser de otra manera, toda vez que en el campo del cobro de servicios de salud con afectación de pólizas SOAT, se han generados leyes, decretos, conceptos técnicos, que priman sobre la generalidad legislativa, que rigen los cobros de créditos mercantiles y civiles, lo cual no tuvo en cuenta el fallador de instancia al adoptar la sentencia materia de recurso, pese a que en los medios exceptivos propuestos por parte nuestra fueron enunciados y sustentados en debida forma, lo cual no fue tomado en cuenta por el A-quo, debido a que determinó que las glosas no podían contrariar lo consignado facturas presentadas por la demandante, para demostrar la existencia del derecho y la exigibilidad del mismo, lo cual es totalmente contrario a lo que indica la ley.

Las reclamaciones materia de demanda se encuentran sujetas a condiciones impuestas por la ley 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

*"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."*

4

Similar posición se tomó por la Corte Suprema de Justicia al momento de resolver tutela interpuesta por una Clínica que pretendía que se librara mandamiento de pago, pretensión que no prosperó ni en primera ni en segunda instancia al declararse probada la excepción de inexigibilidad de los títulos base de ejecución, y consideró la Corte Suprema en la referida sentencia (STC2064-2020),

" la normatividad llamada a regular el asunto era la relativa al cobro de las indemnizaciones derivadas de pólizas de seguro obligatorio por accidentes de tránsito, contenidas en los Decretos 663 de 1993, 3990 de 2007 y los artículos 1053 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"

Finalmente me permito reiterar lo sostenido a lo largo de este proceso, sobre las facturas, que por sí solas no son título ejecutivo en lo que respecta a Soat y por tal exigía a la reclamante cumplir con los requisitos dispuestos por el legislador, los cuales fueron puestos de presente con base en las glosas, que el fallador se negó a declarar probadas en este juicio. Téngase en cuenta que las facturas anexas al plenario no son un título complejo, título éste que brilla por su ausencia a lo largo de todo el proceso, tal cual como lo manifestó la Corte Suprema de Justicia de manera particular en la sentencia STC 2064-2020 Radicación N° 11001-02-03-000-2020-00426-00., sentencia que fuera confirmada en segunda instancia y resuelta por la Sala

de Casación Laboral, Magistrado Ponente IVAN MAURICIO LENIS GOMEZ mediante fallo con radicado 88735 Acta 12 del 15 de abril de 2020, confirmándola en su integridad

"En efecto, la revisión del expediente y, particularmente de lo acontecido en la audiencia celebrada el 9 de diciembre de 2019, no pone en evidencia ningún menoscabo de las prerrogativas incoadas, pues nótese que para definir el <<recurso de apelación>>, la Magistratura inculpada, partió de una legítima exégesis del artículo 422 del Código General del Proceso y de los preceptos que disciplinan el cobro de las <<facturas>> relacionadas con la <<prestación de servicios de salud derivados de la ocurrencia de accidentes de tránsito>>, que le sirvió para dar respuesta a las dudas subyacentes en la impugnación, en sus palabras, si <<¿En la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito las obligaciones pueden constar en un único documento?>> y <<¿Si la sola factura por prestación de servicios de salud constituye un título ejecutivo?>>. En tal sentido, señaló:

(...) Sobre los documentos que constituyen todo título ejecutivo, el artículo 422 del Código General del Proceso es muy claro en señalar que pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documento y que provengan del deudor o de su causante. Sobre la discusión en este asunto, sobre si se trata o no de un título ejecutivo complejo la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia STC1808 (¿?) del 2 de noviembre de 2017, radicación 15001-22-13-000-2017-00637-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa, señaló expresamente que un título ejecutivo complejo puede estar constituido por varios que en conjunto demuestren la existencia de una obligación.

Veamos entonces si para el evento de la prestación de los servicios de salud derivados de accidente de tránsito el título ejecutivo que se requiere es de carácter complejo o basta con un único documento, es decir, con la factura de prestación de servicios que fue la que la parte demandante presentó.

Sobre la factura de prestación de servicios el artículo 1º del inciso segundo de la Ley 1231 de 2008, señala "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". En materia de prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito con cargo a la póliza SOAT que expiden las aseguradoras, los requisitos de las facturas se encuentran definidos en el artículo 33 del Decreto 56 de 2015 y los artículos subsiguientes que lo desarrollan. La norma señala: "Artículo 33. Requisitos de la factura por prestación de servicios de salud o documento equivalente. 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".

Las normas del citado decreto que reglamentan los requisitos que debe contener esta especie de facturación, los artículos 26, 31 y 32; el 26 señala cuáles son los soportes, indica cuáles son los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud y enumera los documentos así: 1. Formulario de reclamación. 2. Epicrisis o resumen clínico. 3. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica y, por último, el original de la factura, aclarando que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del decreto de que estamos hablando.

El artículo 31 del mismo Decreto señala: "Contenido de la Epicrisis" (...) Luego el párrafo indica que los requisitos contenidos en el presente artículo aplican para las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud y deben cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes. El artículo 32 ya señalado indica qué debe contener el resumen de atención clínica y en el mismo párrafo dice que deben presentarse como soporte de las reclamaciones por servicios de salud.

Así que de las normas transcritas es muy claro extraer que en la prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito para el cobro de

obligaciones a cargo de la aseguradora que expide la póliza debe existir reclamación escrita que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, documento que además debe estar acompañado de epicrisis o resumen clínico, de historia clínica con los datos y anexos que señala y que exige la norma atrás citada. Es preciso señalar que la pertinencia de los soportes que deben acompañar esta especie de facturas se encuentra establecida en el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, el cual regula las relaciones entre los prestadores y cualquier tipo de entidad responsable del pago de los servicios de salud. La norma, artículo 21, indica: "Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deben 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" (¿?) en el caso de las facturas de prestación de servicios se exige que estas se expidan en razón de los servicios efectivamente prestados, artículo 2 de la Ley 1231 de 2008, las relacionadas con la prestación de servicios de salud originados (¿?) en accidentes de tránsito deben estar acompañadas de los documentos que soportan la reclamación ante la aseguradora, más los anexos antes enunciados.

En consecuencia, para el caso de las obligaciones provenientes de la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito, estas obligaciones no pueden constar en documento único, porque la ley exige otros soportes que demuestran la existencia de la obligación a cargo de la aseguradora responsable del pago.

Por lo tanto, **en el presente asunto la sola factura no constituye título ejecutivo, porque este último tiene carácter de complejo, ya que debe estar integrado con otros documentos exigidos por las disposiciones reglamentarias y aplicables. En consecuencia, no le asiste razón al recurrente, en el sentido que los únicos requisitos exigidos para el pago de los servicios de salud son los previstos en el artículo 772 y subsiguientes del Código de Comercio para el caso de la factura, ni que se trata de un título ejecutivo de carácter singular.**

6

Ahora, siendo estos requisitos de orden sustancial, es decir, los relativos a la integración del título ejecutivo complejo, porque la ley los exige en este caso, se advierte que no se trata de una mera formalidad que pueda ser analizada en virtud del recurso de reposición contra el mandamiento de pago, por lo que bien podía el juez verificar la ocurrencia de estos en la sentencia que resolvió las excepciones de mérito. Además que aun cuando el juez decidió desfavorablemente la reposición contra el mandamiento de pago, señalando que estaban cumplidos los requisitos formales del título, esta circunstancia no es óbice para que, de oficio o en cualquier momento, o en la sentencia de primera o en la de segunda instancia, se vuelvan a examinar todos los requisitos del título. Así lo ha reiterado la doctrina de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia (¿?) del 14 de marzo de 2019, radicación 25000-22-13-000-2019-00018-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa.

En consecuencia, como en el presente asunto la demanda ejecutiva sólo se acompañó de facturas de prestación de servicios, mas no de los documentos que componen jurídicamente el título complejo, la decisión acertada es la de no seguir adelante la ejecución y dar por probada la excepción de mérito denominada "inexigibilidad de los títulos (¿?) base de la ejecución". Por tanto se confirmará la decisión apelada, con costas a cargo de la parte demandante (cfr. minutos 37:36 a 48:33, en el registro).

Los anteriores argumentos que flagrantemente no fueron tenidos en cuenta por el A-Quo quien con su fallo desconoce lo reglado por la norma y lo ordenado por el máximo ente jurisdiccional del país como lo es la Corte Suprema de Justicia

II. PETICION

De conformidad con lo expuesto, ruego a su Señoría revocar el fallo recurrido y por ende determinar que las excepciones propuestas fueron probadas y por ende absolver de toda responsabilidad da mi mandante.

VI- NOTIFICACIONES

- **CLINICA UROS:** Calle 18 N. 6-65 Neiva
- Correo electrónico: uros.juridica.notificaciones@gmail.com
- **APODERADO DE LA DEMANDANTE: JUAN CARLOS OSORIO:** Carrera 4 N. 10-53 Neiva Correo electrónico: juancosoma@hotmail.com cel 3002242742
- **SEGUROS DEL ESTADO S.A.:**
Dirección: Carrera 11 N. 90-20
Correo electrónico: juridico@segurosdelestado.com
- **JULIAN DAVID MEDINA TRUJILLO** en la calle 11 N. 07-39 Oficina 304 tel 3102083228 Correo electrónico judatru13@hotmail.com

Del señor Juez,



JULIAN DAVID TRUJILLO MEDINA
C.C No. 80.850.956 de Bogotá
T.P No 165.655 del C.



Honorable:

TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE NEIVA – HUILA

Sala Civil – Familia – Laboral

Ma. Po. Dra. ENSHEILA POLANIA GOMEZ

E.

S.

D.

PROCESO : EJECUTIVO SINGULAR
DEMANDANTE : CLÍNICA UROS S.A.
DEMANDADO(S) : SEGUROS DEL ESTADO S.A.
RADICACIÓN : 41.001.31.03.005.2017-00161.01

Ref.: SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN CONTRA SENTENCIA DE 13 DE MARZO DE 2019.

STEVEN SERRATO ROJAS identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma y actuando como apoderado judicial de la ejecutada **CLINICA UROS S.A.**, en tiempo hábil procedo a **sustentar el Recurso de Apelación** interpuesto contra la decisión adoptada por el A quo el 13 de de marzo de 2019, radicado el 18 de ese mismo mes y anualidad, así:

Mediante la referida decisión el A quo declaró la prescripción Cambiaria de las siguientes facturas: 1579515, 1580507, 1607497, 1609784, 1649353, 1856144, 1658694, 1674634, 1765756, 1821149, 174725, 1801011, 1811860, 1893390 y 1835321.

Igualmente se abstuvo de continuar con la ejecución contra las siguientes facturas: 607457, 835321, 43293, 45604, 45816, 46414, 47667, 46977, 50920, 51805, 52649, 52840, 43917, 51883, 52511, 52066, 55527, 58247, 58414, 59794, 59896, 54909, 59826, 61675, 65576, 67379, 63212, 66578, 61956, 77619, 77620, 71489, 73103, 73885, 75505, 72934, 73134, 75451, 76400, 75487, 70213, 63258, 77002, 81212 y 95417.

Por último, declaró la exceptiva **LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS COMO TÍTULO DE EJECUCIÓN ESTÁN OBJETADAS O GLOSADAS**, de las facturas relacionadas en el numeral segundo el resuelve con los números 46 a 67 referentes a los numerales 91, 93, 95, 97, 99, 101, 103, 109, 111, 121, 123, 125, 127, 129, 131, 137, 139, 141, 143, 145, 151, 153 y 155 del mandamiento de pago fechado 17 de julio de 2017.



Por lo anterior, como primer argumento de reproche tenemos que conforme al precedente establecido por este Honorable Tribunal Superior de Distrito Judicial¹, no es posible la aplicación Retroactiva de la Ley 1438 de 2011, como quiera que las facturas cambiarias cobradas coercitivamente nacieron a la vida jurídica con anterioridad a la expedición de la referida ley, es decir, con anterioridad al 19 de enero de 2011, por lo que el trámite de las glosas y desacuerdos antes de la referida norma tenía su propio trámite, vale decir, el previsto en el decreto 4747 de 2007, Decreto 056 de 2015 y demás Decretos Reglamentarios; motivo por el cual surtido el trámite de las glosas sin que se llegara a un acuerdo en este caso con la aseguradora demandada (pago del 50% para poder glosar, pertinencia, facturación, documentación anexa, tarifas etc.), se procedió a cobrárselas por medio de este proceso Ejecutivo, potísimas razones por las que nada obsta para continuar la ejecución conforme se peticionó y no empeorando la situación de mi prohijada como prestadora de servicios de salud y acreedora, remitiéndola ahora a surtir un trámite administrativo ante la Superintendencia Nacional de Salud, se insiste haciendo retroactiva una norma que por disposición del constituyente no la tiene.

Como segundo argumento de reproche, no se discute el término prescriptivo sino el momento a partir del cual comienza contabilizarlo, toda vez que, en la parte considerativa el a quo hizo alusión al vencimiento presentación de la demanda y la ocurrencia del siniestro no sin antes advertir que se surtió el trámite respectivo de reclamación y/o glosas, por esa misma razón es que arrojado los valores por glosas totales o parciales estas deberán ser cancelar dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral so pena del pago de intereses por mora en el pago.

Con base en lo anterior, se desconoció todo el trámite surtido con la ejecutada, es decir, no es que mi prohijada haya dejado fenecer el tiempo para cobrar su obligación, pues es evidente que nunca se llegó a conciliar con la ejecutada las reclamaciones y/o glosas, razón por la cual se decidió, reiteró, cobrarse las ejecutivamente.

Además se insiste en qué el juez de primera instancia no contabilizó el referido término en cada una de las facturas a partir del momento en que conforme a los artículos 23 del decreto 4747 de 2007 y 38 del Decreto 046 de 2015, se radicó la factura, se presentó reclamación y/o glosa, esta se subsanó por la ejecutante y, de ahí en adelante, contabilizar el término previsto para el consecuente pago (vencimiento) y, de ahí en adelante, se debe contabilizar el término de prescripción.

¹Sala Quita de Decisión Civil-Familia-Laboral. Sentencia de Segunda Instancia adiada 5 de Diciembre de 2017. Radicación 2016-00549.01. Ejecutante HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA. Ejecutada AXA COLPATRIA.



Así las cosas, se adoptó una sanción en contra de mi prohijada por el no ejercicio del derecho al cobro de las obligaciones contenidas en los títulos base de recaudo, desde la simple ocurrencia del siniestro, fecha de vencimiento que se insiste no determinó el inicio del término prescriptivo y peor la mida con la presentación de la demanda, dejando de lado el trámite que la misma Auditora de Servicios Médicos Doctora BELKY YURÁNI RODRÍGUEZ BONILLA indicó, por lo que se desconoció el tiempo en el que se desarrolló dicho trámite, luego el vencimiento en cada una de las facturas que se ejecutan fue posterior, por ende, consideramos que al momento de su reclamación Coercitiva de pago no están prescritas.

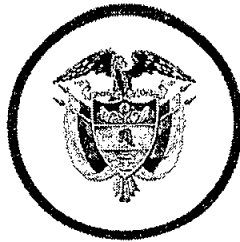
Como tercer y último punto de disenso, tenemos que frente a la referida facturas objetadas y/o glosadas, la ejecutada hasta ahora es que luego desarrollarse el referido trámite de la resolución de las glosas, es que indica que las deja como definitivas, sin embargo, llama mucho la atención como antes tampoco las había levantado total o parcialmente, menos se acredita el pago de lo que no se glosó, pago del 50% para poder glosar y, peor aún, menos informó en el momento oportuno a mi prohijada de la supuesta decisión de dejarlas como definitivas como una institución que efectivamente le prestó de servicios de salud, situación que tampoco desconoce.

En consecuencia, no puede escudarse la ejecutar en su falta de pago y, por qué no decirlo, en la dilación en el pago, para posteriormente tratar de alegarla para así mismo tratar de sanear su deuda con mi prohijada quién de buena Fe le prestó los servicios de salud a quienes eran beneficiarios del SOAT y por los cuales ahora se le ejecuta, mucho menos podría el juez de primera instancia a avalar esta desleal situación con el argumento sancionatorio prescriptivo que se cuestiona.

Puestas así las cosas, basten estos reparos para qué se revoque la decisión del Juez de Primera instancia, ordenando seguir adelante la ejecución conforme al mandamiento de pago, además de que a la fecha tampoco está establecido la fundamentación objetiva de las glosas que la ejecutada supuestamente adujo, razón por la que mi prohijada además tiene derecho al reconocimiento de intereses moratorios conforme al artículo 7º del Decreto Ley 1281 de 2012.

De usted(es), con mi acostumbrado respeto, afablemente,

STEVEN SERRATO ROJAS
C.C. 7'721.055 Neiva (H)
T.P. No. 187.173 C.S.J.



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

Magistrado Ponente

STC2064-2020

Radicación n° 11001-02-03-000-2020-00426-00

(Aprobado en sesión de veintiséis de febrero de dos mil veinte)

Bogotá, D.C., veintiséis (26) de febrero de dos mil veinte (2020).

Se resuelve la tutela instaurada por la Clínica La Victoria S.A.S. contra la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla y el Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de esa ciudad, extensiva a los demás intervinientes en el decurso con radicado n° 08001 31 53 016 2018 00070 00.

ANTECEDENTES

1.- La peticionaria reclamó la protección de sus derechos al «*debido proceso*» y «*acceso a la administración de justicia*», cuya violación le enrostró a los accionados, producto de lo dictaminado el 5 de junio y 9 de diciembre de 2019, en el coercitivo que le siguió a Seguros del Estado S.A., interlocutorio este último que solicitó «*dejar sin efectos*» para que el *ad quem* emita «*una nueva providencia de conformidad con los lineamientos constitucionales invocados*».

Como sustento cardinal de tales pedimentos acotó que la referida *litis* tuvo su origen en la «acción cambiaria» derivada de las facturas libradas con ocasión de la «prestación de servicios de salud a las víctimas de accidentes de tránsito» cobijados por las «pólizas de seguros» expedidas por su contradictora, quien recurrió el auto de apremio y formuló excepciones de mérito, «rechazadas (...) por extemporáneas» (25 oct. 2018).

Relató que repelida esa determinación por la demandada, el Juzgado la reversó, declaró «probada [la] excepción de inexigibilidad de los títulos de recaudo ejecutivos» y se abstuvo de «seguir adelante la ejecución» (5 jun. 2019), raciocinio que avaló el sentenciador de segundo grado (9 dic. 2019), pese a que se cumplieran los presupuestos señalados en los artículos 774 y siguientes del Código de Comercio, sin que pudieran exigirle «requisitos adicionales», como si se tratara del cobro de «pólizas de seguro».

Destacó que «el decreto 780 de 2016, 056 de 2015, 3990 de 2007 y el Código de Comercio» diferencian con claridad la «reclamación administrativa de seguro directamente ante la aseguradora y el cobro ejecutivo de un título valor como es el de la factura ante la jurisdicción ordinaria», evento para el que, según dijo, basta con «la presentación del título ejecutivo (título valor factura) contentivo de la obligación clara, expresa y exigible», lo que descarta por «innecesario e incluso ilegal la exigencia de documentos diferentes al título contentivo de la obligación».

Con premisas análogas y acudiendo a conceptos de la Superintendencia Nacional de Salud, doctrina y jurisprudencia del Consejo de Estado, les atribuyó a las sedes querelladas un «exceso de ritual manifiesto», así como yerros «fáctico» y «sustantivo por indebida aplicación», dada la equivocada «valoración de las facturas» y la indebida «interpretación y aplicación» del régimen legal que predomina (fls. 1 a 23).

2.- El Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de Barranquilla se encaró a la prosperidad del amparo y defendió la legalidad de sus inferencias (fl. 156). Otro tanto hizo Seguros del Estado S.A., la que además puso de manifiesto las falencias de los documentos presentados para justificar las pretensiones (fls. 136 a 144).

La Colegiatura acusada guardó silencio.

CONSIDERACIONES

1.- Como aspecto preliminar, es preciso anunciar que el estudio en esta sede se debe ceñir a la resolución dictada el 9 de diciembre de 2019, por medio del cual la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla zanjó la alzada del extremo actor, pues si bien el ataque también se enfila contra aquella que «declaró probada la excepción de inexigibilidad de los títulos de recaudo ejecutivos» (5 jun. 2019), sería inane detenerse en esta última decisión, pues cuestionada por intermedio del

instrumento previsto para el efecto (Cfr. arts; 320 y ss. CGP), es claro que la misma,

*«...fue sometida a la controversia que legalmente le corresponde ante el juez natural **de tal manera que la valoración sobre si se lesionaron los derechos fundamentales invocados debe hacerse frente al pronunciamiento definitivo, so pena de convertir este escenario en una instancia paralela a la ya superada.**»* (Negritas ajenas al texto - CSJ STC14012-2015, reiterada en STC2377-2018).

2.- Sentado lo anterior, vale la pena indicar que ninguna duda ofrece el carácter extraordinario de este recurso constitucional, cuando se trata de revisar pronunciamientos jurisdiccionales, sendero especial que tan sólo se abre paso cuando, en el ejercicio de sus funciones, quien dispensa justicia socava o pone en riesgo las garantías superiores de los litigantes, es decir, frente a un proceder a todas luces arbitrario, grosero o ajeno a la ley, pues, -debe resaltarse-, no cualquier animadversión tiene la virtualidad de quebrantar la autonomía e independencia que les reconoce el artículo 228 de la Constitución Política.

Así lo ha sostenido de tiempo atrás esta Corporación, al advertir que, *«el juez de tutela no es el llamado a intervenir a manera de árbitro para determinar cuáles de los planteamientos valorativos y hermenéuticos del juzgador, o de las partes, resultan ser los más acertados»* y, menos aún, *«acometer, bajo ese pretexto, (...) una revisión oficiosa del asunto, como si fuese uno de instancia»* (Sentencia de 7 de marzo de 2008, Exp. T. No. 2007-00514-01), pues ha de tenerse en cuenta que *«la adversidad de la decisión no es por sí misma*

fundamento que le allane el camino al vencido para perseverar en sus discrepancias frente a lo resuelto por el juez natural» (Fallo de 28 de marzo de 2012, Exp. T. No. 54001-22-13-000-2012-00022-01).

3.- Con ese panorama, refulge palmaria la improcedencia de la súplica de la Clínica La Victoria S.A.S., que veladamente busca habilitar en esta sede una discusión probatoria que ya se agotó en el curso del coactivo que adelanta contra Seguros del Estado S.A., que, -por desfavorable-, no puede tildarse de caprichoso o subjetivo.

En efecto, la revisión del expediente y, particularmente, de lo acontecido en la audiencia celebrada el 9 de diciembre de 2019, no pone en evidencia ningún menoscabo de las prerrogativas incoadas, pues nótese que para definir el «recurso de apelación» impetrado por la promotora de esa «ejecución», la Magistratura inculpada, partió de una legítima exégesis del artículo 422 del Código General del Proceso y de los preceptos que disciplinan el cobro de las «facturas» relacionadas con la «prestación de servicios de salud derivados de la ocurrencia de accidentes de tránsito», que le sirvió para dar respuesta a las dudas subyacentes en la impugnación, en sus palabras, si «¿En la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito las obligaciones pueden constar en un único documento?» y «¿Si la sola factura por prestación de servicios de salud constituye un título ejecutivo?». En tal sentido, señaló:

(...) Sobre los documentos que constituyen todo título ejecutivo, el artículo 422 del Código General del Proceso es muy claro en

señalar que pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documento y que provengan del deudor o de su causante. Sobre la discusión en este asunto, sobre si se trata o no de un título ejecutivo complejo la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia STC1808 (¿?) del 2 de noviembre de 2017, radicación 15001-22-13-000-2017-00637-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa, señaló expresamente que un título ejecutivo complejo puede estar constituido por varios que en conjunto demuestren la existencia de una obligación.

Veamos entonces si para el evento de la prestación de los servicios de salud derivados de accidente de tránsito el título ejecutivo que se requiere es de carácter complejo o basta con un único documento, es decir, con la factura de prestación de servicios que fue la que la parte demandante presentó.

Sobre la factura de prestación de servicios el artículo 1° del inciso segundo de la Ley 1231 de 2008, señala: “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”. En materia de prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito con cargo a la póliza SOAT que expiden las aseguradoras, los requisitos de las facturas se encuentran definidos en el artículo 33 del Decreto 56 de 2015 y los artículos subsiguientes que lo desarrollan. La norma señala: “Artículo 33. Requisitos de la factura por prestación de servicios de salud o documento equivalente. 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”.

Las normas del citado decreto que reglamentan los requisitos que debe contener esta especie de facturación, los artículos 26, 31 y 32; el 26 señala cuáles son los soportes, indica cuáles son los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud y enumera los documentos así: 1. Formulario de reclamación. 2. Epicrisis o resumen clínico. 3. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica y, por último, el original de la factura, aclarando que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del decreto de que estamos hablando.

El artículo 31 del mismo Decreto señala: “Contenido de la Epicrisis” (...) Luego el párrafo indica que los requisitos

contenidos en el presente artículo aplican para las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud y deben cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes. El artículo 32 ya señalado indica qué debe contener el resumen de atención clínica y en el mismo párrafo dice que deben presentarse como soporte de las reclamaciones por servicios de salud.

Así que de las normas transcritas es muy claro extraer que en la prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito para el cobro de obligaciones a cargo de la aseguradora que expide la póliza debe existir reclamación escrita que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, documento que además debe estar acompañado de epicrisis o resumen clínico, de historia clínica con los datos y anexos que señala y que exige la norma atrás citada. Es preciso señalar que la pertinencia de los soportes que deben acompañar esta especie de facturas se encuentra establecida en el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, el cual regula las relaciones entre los prestadores y cualquier tipo de entidad responsable del pago de los servicios de salud. La norma, artículo 21, indica: "Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deben 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" (¿?) en el caso de las facturas de prestación de servicios se exige que estas se expidan en razón de los servicios efectivamente prestados, artículo 2 de la Ley 1231 de 2008, las relacionadas con la prestación de servicios de salud originados (¿?) en accidentes de tránsito deben estar acompañadas de los documentos que soportan la reclamación ante la aseguradora, más los anexos antes enunciados.

En consecuencia, para el caso de las obligaciones provenientes de la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito, estas obligaciones no pueden constar en documento único, porque la ley exige otros soportes que demuestran la existencia de la obligación a cargo de la aseguradora responsable del pago.

Por lo tanto, en el presente asunto la sola factura no constituye título ejecutivo, porque este último tiene carácter de complejo, ya que debe estar integrado con otros documentos exigidos por las disposiciones reglamentarias

y aplicables. En consecuencia, no le asiste razón al recurrente, en el sentido que los únicos requisitos exigidos para el pago de los servicios de salud son los previstos en el artículo 772 y subsiguientes del Código de Comercio para el caso de la factura, ni que se trata de un título ejecutivo de carácter singular.

Ahora, siendo estos requisitos de orden sustancial, es decir, los relativos a la integración del título ejecutivo complejo, porque la ley los exige en este caso, se advierte que no se trata de una mera formalidad que pueda ser analizada en virtud del recurso de reposición contra el mandamiento de pago, por lo que bien podía el juez verificar la ocurrencia de estos en la sentencia que resolvió las excepciones de mérito. Además que aun cuando el juez decidió desfavorablemente la reposición contra el mandamiento de pago, señalando que estaban cumplidos los requisitos formales del título, esta circunstancia no es óbice para que, de oficio o en cualquier momento, o en la sentencia de primera o en la de segunda instancia, se vuelvan a examinar todos los requisitos del título. Así lo ha reiterado la doctrina de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia (¿?) del 14 de marzo de 2019, radicación 25000-22-13-000-2019-00018-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa.

En consecuencia, como en el presente asunto la demanda ejecutiva sólo se acompañó de facturas de prestación de servicios, mas no de los documentos que componen jurídicamente el título complejo, la decisión acertada es la de no seguir adelante la ejecución y dar por probada la excepción de mérito denominada "inexigibilidad de los títulos (¿?) base de la ejecución". Por tanto se confirmará la decisión apelada, con costas a cargo de la parte demandante (cfr. minutos 37:36 a 48:33, en el registro).

Y debe subrayarse que esta interpretación, en rigor, no luce antojadiza y por lo demás se muestra acorde con las disquisiciones que esta Corte respaldó al dilucidar un asunto de similares contornos (STC19525-2017), donde se puntualizó 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».

En este orden de ideas, no se ve cómo pueda calificarse de irrazonable la criticada providencia, pues, al margen de que se comparta, la misma encuentra soporte en una legítimo juicio hermenéutico y en la congruente apreciación del acervo, que, en estricto, deben ser respetadas.

La quejosa no puede acudir a esta vía para acometer válidamente contra los proveídos de los que disiente y, menos aún, aspirar a que se de prevalencia a su propio parecer sobre el entendimiento que las sedes judiciales le dieron a las normas especiales que gobiernan el cobro de servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito con cargo a la póliza de seguro obligatorio por accidentes de tránsito, finalidad que, -iterase-, resulta ajena a la del ruego tuitivo, que no fue creado para erigirse como una instancia más en los litigios, sino como una herramienta de resguardo (STC147-2017). No se olvide que,

«Independientemente de que se comparta o no la hermenéutica del juzgador ello no descalifica su decisión ni la convierte en caprichosa y con entidad suficiente de configurar vía de hecho, pues para llegar a este estado se requiere que la determinación

judicial sea el resultado de una actuación subjetiva y arbitraria del accionado, contraria a la normatividad jurídica aplicable y violatoria de los derechos fundamentales». (CSJ SC, 20 de septiembre de 2012, rad. 2012-00245-01 citado en STC15884-2018).

Ya que,

El Juez natural está dotado de discreta autonomía para interpretar las leyes, de modo que el amparo sólo se abre paso si “se detecta un error grosero o un yerro superlativo o mayúsculo que, abrupta y paladinamente cercene el ordenamiento positivo; cuando tenga lugar un ostensible e inadmisibile resquebrajamiento de la función judicial; en suma, cuando se presenta una vía de hecho, así denominada por contraponerse en forma manifiesta al sistema jurídico, es posible reclamar el amparo del derecho fundamental constitucional vulnerado o amenazado. (STC13974-2017).

4.- Son estas breves razones las que conllevan el fracaso del socorro instado.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil, administrando justicia en nombre de la República y por mandato de la Constitución,

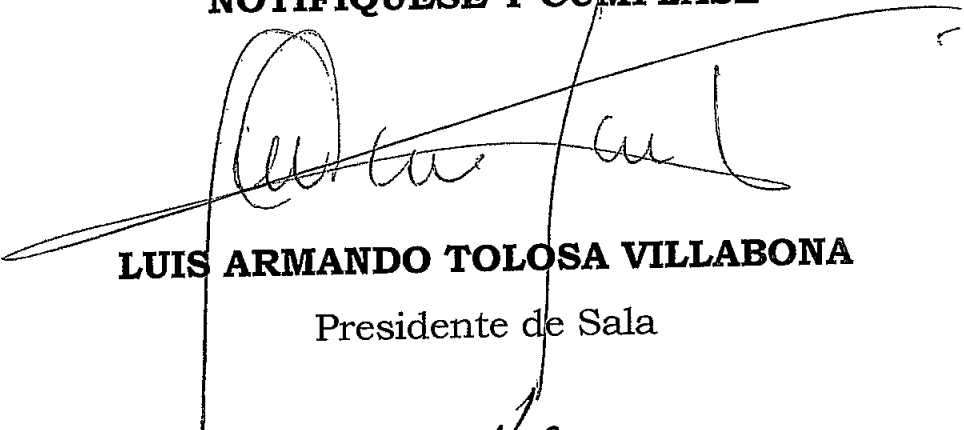
RESUELVE:

PRIMERO: **NEGAR** el auxilio impulsado por la Clínica La Victoria S.A.S., por los motivos expuestos en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Infórmese a las partes e intervinientes por el medio más expedito y remítase el expediente a la Corte

Constitucional para su eventual revisión, si este fallo no es impugnado.

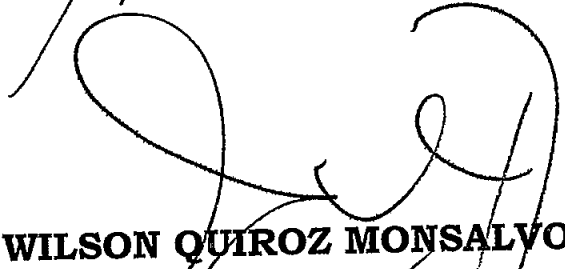
NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



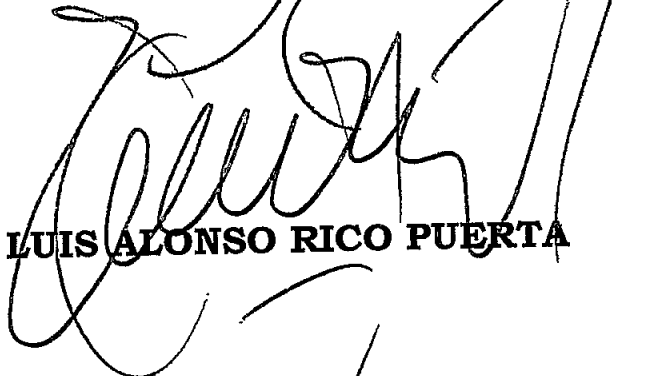
LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA
Presidente de Sala



ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO



AROLD WILSON QUIROZ MONSALVO



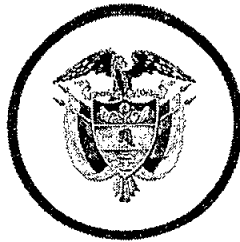
LUIS ALONSO RICO PUERTA

AUSENCIA JUSTIFICADA

ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

AUSENCIA JUSTIFICADA

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

Magistrado Ponente

STC2064-2020

Radicación n° 11001-02-03-000-2020-00426-00

(Aprobado en sesión de veintiséis de febrero de dos mil veinte)

Bogotá, D.C., veintiséis (26) de febrero de dos mil veinte (2020).

Se resuelve la tutela instaurada por la Clínica La Victoria S.A.S. contra la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla y el Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de esa ciudad, extensiva a los demás intervinientes en el decurso con radicado n° 08001 31 53 016 2018 00070 00.

ANTECEDENTES

1.- La peticionaria reclamó la protección de sus derechos al «*debido proceso*» y «*acceso a la administración de justicia*», cuya violación le enrostró a los accionados, producto de lo dictaminado el 5 de junio y 9 de diciembre de 2019, en el coercitivo que le siguió a Seguros del Estado S.A., interlocutorio este último que solicitó «*dejar sin efectos*» para que el *ad quem* emita «*una nueva providencia de conformidad con los lineamientos constitucionales invocados*».

Como sustento cardinal de tales pedimentos acotó que la referida *litis* tuvo su origen en la «acción cambiaria» derivada de las facturas libradas con ocasión de la «prestación de servicios de salud a las víctimas de accidentes de tránsito» cobijados por las «pólizas de seguros» expedidas por su contradictora, quien recurrió el auto de apremio y formuló excepciones de mérito, «rechazadas (...) por extemporáneas» (25 oct. 2018).

Relató que repelida esa determinación por la demandada, el Juzgado la reversó, declaró «probada [la] excepción de inexigibilidad de los títulos de recaudo ejecutivos» y se abstuvo de «seguir adelante la ejecución» (5 jun. 2019), raciocinio que avaló el sentenciador de segundo grado (9 dic. 2019), pese a que se cumplieran los presupuestos señalados en los artículos 774 y siguientes del Código de Comercio, sin que pudieran exigirle «requisitos adicionales», como si se tratara del cobro de «pólizas de seguro».

Destacó que «el decreto 780 de 2016, 056 de 2015, 3990 de 2007 y el Código de Comercio» diferencian con claridad la «reclamación administrativa de seguro directamente ante la aseguradora y el cobro ejecutivo de un título valor como es el de la factura ante la jurisdicción ordinaria», evento para el que, según dijo, basta con «la presentación del título ejecutivo (título valor factura) contentivo de la obligación clara, expresa y exigible», lo que descarta por «innecesario e incluso ilegal la exigencia de documentos diferentes al título contentivo de la obligación».

Con premisas análogas y acudiendo a conceptos de la Superintendencia Nacional de Salud, doctrina y jurisprudencia del Consejo de Estado, les atribuyó a las sedes querelladas un «exceso de ritual manifiesto», así como yerros «fáctico» y «sustantivo por indebida aplicación», dada la equivocada «valoración de las facturas» y la indebida «interpretación y aplicación» del régimen legal que predomina (fls. 1 a 23).

2.- El Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de Barranquilla se encaró a la prosperidad del amparo y defendió la legalidad de sus inferencias (fl. 156). Otro tanto hizo Seguros del Estado S.A., la que además puso de manifiesto las falencias de los documentos presentados para justificar las pretensiones (fls. 136 a 144).

La Colegiatura acusada guardó silencio.

CONSIDERACIONES

1.- Como aspecto preliminar, es preciso anunciar que el estudio en esta sede se debe ceñir a la resolución dictada el 9 de diciembre de 2019, por medio del cual la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla zanjó la alzada del extremo actor, pues si bien el ataque también se enfila contra aquella que «declaró probada la excepción de inexigibilidad de los títulos de recaudo ejecutivos» (5 jun. 2019), sería inane detenerse en esta última decisión, pues cuestionada por intermedio del

instrumento previsto para el efecto (Cfr. arts; 320 y ss. CGP), es claro que la misma,

*«...fue sometida a la controversia que legalmente le corresponde ante el juez natural **de tal manera que la valoración sobre si se lesionaron los derechos fundamentales invocados debe hacerse frente al pronunciamiento definitivo, so pena de convertir este escenario en una instancia paralela a la ya superada.**»* (Negritas ajenas al texto - CSJ STC14012-2015, reiterada en STC2377-2018).

2.- Sentado lo anterior, vale la pena indicar que ninguna duda ofrece el carácter extraordinario de este recurso constitucional, cuando se trata de revisar pronunciamientos jurisdiccionales, sendero especial que tan sólo se abre paso cuando, en el ejercicio de sus funciones, quien dispensa justicia socava o pone en riesgo las garantías superiores de los litigantes, es decir, frente a un proceder a todas luces arbitrario, grosero o ajeno a la ley, pues, -debe resaltarse-, no cualquier animadversión tiene la virtualidad de quebrantar la autonomía e independencia que les reconoce el artículo 228 de la Constitución Política.

Así lo ha sostenido de tiempo atrás esta Corporación, al advertir que, *«el juez de tutela no es el llamado a intervenir a manera de árbitro para determinar cuáles de los planteamientos valorativos y hermenéuticos del juzgador, o de las partes, resultan ser los más acertados»* y, menos aún, *«acometer, bajo ese pretexto, (...) una revisión oficiosa del asunto, como si fuese uno de instancia»* (Sentencia de 7 de marzo de 2008, Exp. T. No. 2007-00514-01), pues ha de tenerse en cuenta que *«la adversidad de la decisión no es por sí misma*

fundamento que le allane el camino al vencido para perseverar en sus discrepancias frente a lo resuelto por el juez natural» (Fallo de 28 de marzo de 2012, Exp. T. No. 54001-22-13-000-2012-00022-01).

3.- Con ese panorama, refulge palmaria la improcedencia de la súplica de la Clínica La Victoria S.A.S., que veladamente busca habilitar en esta sede una discusión probatoria que ya se agotó en el curso del coactivo que adelanta contra Seguros del Estado S.A., que, -por desfavorable-, no puede tildarse de caprichoso o subjetivo.

En efecto, la revisión del expediente y, particularmente, de lo acontecido en la audiencia celebrada el 9 de diciembre de 2019, no pone en evidencia ningún menoscabo de las prerrogativas incoadas, pues nótese que para definir el «recurso de apelación» impetrado por la promotora de esa «ejecución», la Magistratura inculpada, partió de una legítima exégesis del artículo 422 del Código General del Proceso y de los preceptos que disciplinan el cobro de las «facturas» relacionadas con la «prestación de servicios de salud derivados de la ocurrencia de accidentes de tránsito», que le sirvió para dar respuesta a las dudas subyacentes en la impugnación, en sus palabras, si «¿En la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito las obligaciones pueden constar en un único documento?» y «¿Si la sola factura por prestación de servicios de salud constituye un título ejecutivo?». En tal sentido, señaló:

(...) Sobre los documentos que constituyen todo título ejecutivo, el artículo 422 del Código General del Proceso es muy claro en

señalar que pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documento y que provengan del deudor o de su causante. Sobre la discusión en este asunto, sobre si se trata o no de un título ejecutivo complejo la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia STC1808 (¿?) del 2 de noviembre de 2017, radicación 15001-22-13-000-2017-00637-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa, señaló expresamente que un título ejecutivo complejo puede estar constituido por varios que en conjunto demuestren la existencia de una obligación.

Veamos entonces si para el evento de la prestación de los servicios de salud derivados de accidente de tránsito el título ejecutivo que se requiere es de carácter complejo o basta con un único documento, es decir, con la factura de prestación de servicios que fue la que la parte demandante presentó.

Sobre la factura de prestación de servicios el artículo 1° del inciso segundo de la Ley 1231 de 2008, señala: “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”. En materia de prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito con cargo a la póliza SOAT que expiden las aseguradoras, los requisitos de las facturas se encuentran definidos en el artículo 33 del Decreto 56 de 2015 y los artículos subsiguientes que lo desarrollan. La norma señala: “Artículo 33. Requisitos de la factura por prestación de servicios de salud o documento equivalente. 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”.

Las normas del citado decreto que reglamentan los requisitos que debe contener esta especie de facturación, los artículos 26, 31 y 32; el 26 señala cuáles son los soportes, indica cuáles son los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud y enumera los documentos así: 1. Formulario de reclamación. 2. Epicrisis o resumen clínico. 3. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica y, por último, el original de la factura, aclarando que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del decreto de que estamos hablando.

El artículo 31 del mismo Decreto señala: “Contenido de la Epicrisis” (...) Luego el párrafo indica que los requisitos

contenidos en el presente artículo aplican para las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud y deben cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes. El artículo 32 ya señalado indica qué debe contener el resumen de atención clínica y en el mismo párrafo dice que deben presentarse como soporte de las reclamaciones por servicios de salud.

Así que de las normas transcritas es muy claro extraer que en la prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito para el cobro de obligaciones a cargo de la aseguradora que expide la póliza debe existir reclamación escrita que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, documento que además debe estar acompañado de epicrisis o resumen clínico, de historia clínica con los datos y anexos que señala y que exige la norma atrás citada. Es preciso señalar que la pertinencia de los soportes que deben acompañar esta especie de facturas se encuentra establecida en el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, el cual regula las relaciones entre los prestadores y cualquier tipo de entidad responsable del pago de los servicios de salud. La norma, artículo 21, indica: "Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deben 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" (¿?) en el caso de las facturas de prestación de servicios se exige que estas se expidan en razón de los servicios efectivamente prestados, artículo 2 de la Ley 1231 de 2008, las relacionadas con la prestación de servicios de salud originados (¿?) en accidentes de tránsito deben estar acompañadas de los documentos que soportan la reclamación ante la aseguradora, más los anexos antes enunciados.

En consecuencia, para el caso de las obligaciones provenientes de la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito, estas obligaciones no pueden constar en documento único, porque la ley exige otros soportes que demuestran la existencia de la obligación a cargo de la aseguradora responsable del pago.

Por lo tanto, en el presente asunto la sola factura no constituye título ejecutivo, porque este último tiene carácter de complejo, ya que debe estar integrado con otros documentos exigidos por las disposiciones reglamentarias

y aplicables. En consecuencia, no le asiste razón al recurrente, en el sentido que los únicos requisitos exigidos para el pago de los servicios de salud son los previstos en el artículo 772 y subsiguientes del Código de Comercio para el caso de la factura, ni que se trata de un título ejecutivo de carácter singular.

Ahora, siendo estos requisitos de orden sustancial, es decir, los relativos a la integración del título ejecutivo complejo, porque la ley los exige en este caso, se advierte que no se trata de una mera formalidad que pueda ser analizada en virtud del recurso de reposición contra el mandamiento de pago, por lo que bien podía el juez verificar la ocurrencia de estos en la sentencia que resolvió las excepciones de mérito. Además que aun cuando el juez decidió desfavorablemente la reposición contra el mandamiento de pago, señalando que estaban cumplidos los requisitos formales del título, esta circunstancia no es óbice para que, de oficio o en cualquier momento, o en la sentencia de primera o en la de segunda instancia, se vuelvan a examinar todos los requisitos del título. Así lo ha reiterado la doctrina de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia (¿?) del 14 de marzo de 2019, radicación 25000-22-13-000-2019-00018-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa.

En consecuencia, como en el presente asunto la demanda ejecutiva sólo se acompañó de facturas de prestación de servicios, mas no de los documentos que componen jurídicamente el título complejo, la decisión acertada es la de no seguir adelante la ejecución y dar por probada la excepción de mérito denominada "inexigibilidad de los títulos (¿?) base de la ejecución". Por tanto se confirmará la decisión apelada, con costas a cargo de la parte demandante (cfr. minutos 37:36 a 48:33, en el registro).

Y debe subrayarse que esta interpretación, en rigor, no luce antojadiza y por lo demás se muestra acorde con las disquisiciones que esta Corte respaldó al dilucidar un asunto de similares contornos (STC19525-2017), donde se puntualizó 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».

En este orden de ideas, no se ve cómo pueda calificarse de irrazonable la criticada providencia, pues, al margen de que se comparta, la misma encuentra soporte en una legítimo juicio hermenéutico y en la congruente apreciación del acervo, que, en estricto, deben ser respetadas.

La quejosa no puede acudir a esta vía para acometer válidamente contra los proveídos de los que disiente y, menos aún, aspirar a que se de prevalencia a su propio parecer sobre el entendimiento que las sedes judiciales le dieron a las normas especiales que gobiernan el cobro de servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito con cargo a la póliza de seguro obligatorio por accidentes de tránsito, finalidad que, -iterase-, resulta ajena a la del ruego tuitivo, que no fue creado para erigirse como una instancia más en los litigios, sino como una herramienta de resguardo (STC147-2017). No se olvide que,

«Independientemente de que se comparta o no la hermenéutica del juzgador ello no descalifica su decisión ni la convierte en caprichosa y con entidad suficiente de configurar vía de hecho, pues para llegar a este estado se requiere que la determinación

judicial sea el resultado de una actuación subjetiva y arbitraria del accionado, contraria a la normatividad jurídica aplicable y violatoria de los derechos fundamentales». (CSJ SC, 20 de septiembre de 2012, rad. 2012-00245-01 citado en STC15884-2018).

Ya que,

El Juez natural está dotado de discreta autonomía para interpretar las leyes, de modo que el amparo sólo se abre paso si “se detecta un error grosero o un yerro superlativo o mayúsculo que, abrupta y paladinamente cercene el ordenamiento positivo; cuando tenga lugar un ostensible e inadmisibile resquebrajamiento de la función judicial; en suma, cuando se presenta una vía de hecho, así denominada por contraponerse en forma manifiesta al sistema jurídico, es posible reclamar el amparo del derecho fundamental constitucional vulnerado o amenazado. (STC13974-2017).

4.- Son estas breves razones las que conllevan el fracaso del socorro instado.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil, administrando justicia en nombre de la República y por mandato de la Constitución,

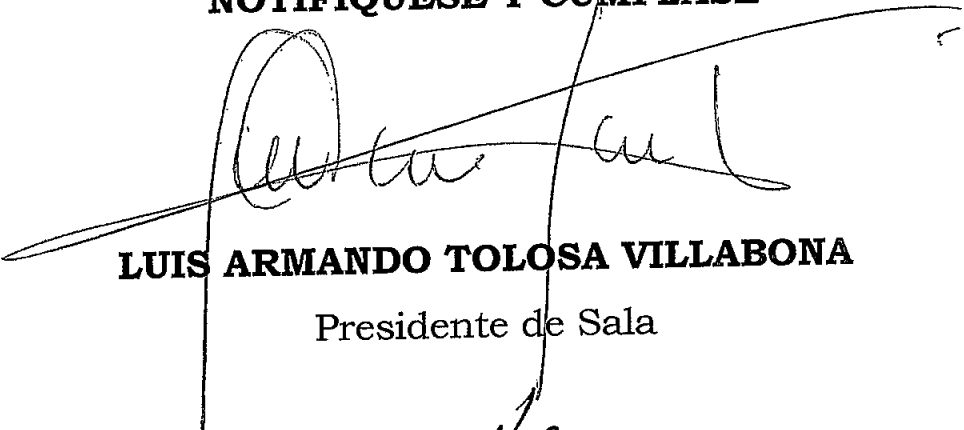
RESUELVE:

PRIMERO: **NEGAR** el auxilio impulsado por la Clínica La Victoria S.A.S., por los motivos expuestos en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Infórmese a las partes e intervinientes por el medio más expedito y remítase el expediente a la Corte

Constitucional para su eventual revisión, si este fallo no es impugnado.

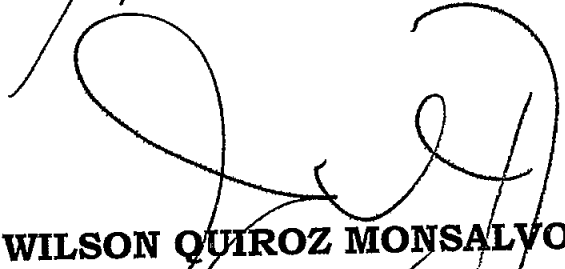
NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



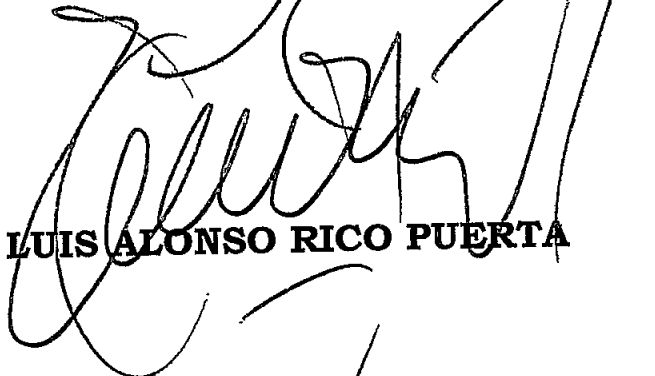
LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA
Presidente de Sala



ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO



AROLD WILSON QUIROZ MONSALVO



LUIS ALONSO RICO PUERTA

AUSENCIA JUSTIFICADA

ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

AUSENCIA JUSTIFICADA

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE