

Luis Fernando Uribe De Urbina  
Derecho Comercial, de Seguros  
y de Transporte

Calle 30A No. 6-22 oficina 3002  
Tels. 4661433, 7022206  
Cel: 3185853874.  
E.Mail:luisferuri@outlook.com  
Bogotá D.C., Colombia

Honorables Magistrados

**TRIBUNAL SUPERIOR DE BUCARAMANGA – SALA CIVIL Y FAMILIA**

**Honorable Magistrado: Antonio Bohórquez Orduz**

E. S. D.

**REF: PROCESO EJECUTIVO DE CLINICA CHICAMOCHA S.A. CONTRA AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**

**EXPEDIENTE No. 68001-31-03-011 -2021-00039-01. Interno 118/2023**

**ASUNTO: SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN CONTRA SENTENCIA ANTICIPADA PROFERIDA POR EL JUZGADO 11 CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA.**

**LUIS FERNANDO URIBE DE URBINA**, actuando en mi calidad de apoderado judicial de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., debidamente reconocido dentro del proceso de la referencia, con todo respeto manifiesto a los Honorables Magistrados que encontrándome dentro del término legal para ello señalado en el auto admisorio del recurso de fecha 8 de marzo de 2023 y notificado en el estado del 9 de marzo, sustenté el RECURSO DE APELACIÓN que interpusé contra la sentencia anticipada proferida por el Juzgado 11 Civil del Circuito de Bucaramanga el 28 de noviembre de 2022 y notificado en el estado electrónico del 29 de noviembre, sentencia mediante la cual declaró no probadas las excepciones de mérito propuestas por el suscrito apoderado judicial de: *“PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO CON BASE EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SOBRE UN TOTAL DE 81 FACTURAS DE VENTA PRESENTADAS POR CLINICA CHICAMOCHA S.A., COMO PARTE DE LAS RECLAMACIONES FORMALES FRENTE A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.; - PAGO TOTAL RESPECTO DE QUINCE (15) FACTURAS DE VENTA. - COBRO DE LO NO DEBIDO POR HABER SIDO OBJETADAS DE MANERA TOTAL Y PARCIAL, EN FORMA SERIA Y OPORTUNA, LAS RECLAMACIONES QUE ORIGINARON LA PRESENTACIÓN DE UN TOTAL DE 111 FACTURAS DE VENTA POR OBJECCIÓN PARCIAL Y 39 FACTURAS DE VENTA POR OBJECCIÓN TOTAL. - INEXISTENCIA DE PRUEBAS QUE ACREDITEN LA EXISTENCIA DE TÍTULOS EJECUTIVOS COMPLEJOS PARA OBTENER EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES PRETENDIDAS.”* y declaró probada parcialmente la excepción de mérito denominada *“INDEBIDO COBRO DE INTERESES MORATORIOS POR NO EXISTIR MORA EN EL PAGO DE LAS OBLIGACIONES EN EJECUCIÓN.”*, con fundamento en los siguientes fundamentos de hecho y de derecho:

#### **I. OPORTUNIDAD Y SUSTENTO PARA SUSTENTAR EL RECURSO DE APELACIÓN:**

Manifiesto a los Honorables Magistrados que la sustentación del recurso de apelación contra la referida sentencia anticipada se presenta dentro del término legal para ello contenida en el artículo 12 de la ley 2213 de 2022, tomando en cuenta que el auto admisorio del recurso de apelación fue proferido el 8 de marzo de 2023 y notificado en el estado electrónico del 9 de marzo, quedando ejecutoriado el día martes 14 de marzo de 2023, y los cinco (5) días para presentar esta sustentación comenzaron a correr a partir del miércoles 15 de marzo de 2023 y vencen el día miércoles 22 de marzo, término dentro del cual se presenta este escrito.

## II. ARGUMENTOS DE HECHO Y DE DERECHO PARA SUSTENTAR LA APELACIÓN:

### 1.- EL JUZGADO PARTE DE UNA BASE ERRÓNEA AL CONSIDERAR QUE LAS 173 FACTURAS DE VENTA APORTADAS SON TÍTULOS VALORES QUE SE RIGEN PARA SU COBRO POR LAS NORMAS DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y ESPECIALMENTE LAS NORMAS SOBRE LA ACCIÓN CAMBIARIA:

En primer lugar, sea pertinente indicar al Honorable Tribunal, que incurrió el Ad Quo en error al afirmar y reiterar que estamos bajo la normatividad de la acción cambiaria directa en lo que respecta a un título valor de carácter simple, la cual reza en el artículo 789 del Código de Comercio *“Prescripción de la acción cambiaria directa: La acción cambiaria directa prescribe en tres años a partir del día del vencimiento.”* Pues como se expuso ampliamente tanto en la Contestación de la demanda como en Recurso de Reposición contra el auto mandamiento de pago primigenio interpuesto en debida forma, la normatividad aplicable en las acciones que derivan de contratos de seguros es totalmente diferente en cuanto a la prescripción *“y la cual puede ser ordinaria o extraordinaria; en donde la primera es de DOS (2) años y empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”*<sup>1</sup>

Como ya se ha expuesto, los títulos que se constituyen dentro del Contrato de Seguro contenidos en una póliza de SOAT gozan de una primordial característica y es que revisten de un título complejo y que no permiten ser confundido con títulos de carácter simple en donde solamente se puede presentar un único documento para su ejecución y que de igual tienen ámbito de aplicación diferente en lo que respecta la prescripción de la acción cambiaria. Esto se desarrollará a profundidad en los siguientes puntos de la sustentación de la apelación.

### 2.- EL AD QUO SE EQUIVOCÓ AL CONSIDERAR LAS FACTURAS DE VENTA COMO TÍTULOS EJECUTIVOS SIMPLES Y NO COMO TÍTULOS EJECUTIVOS COMPLEJOS QUE FORMAN PARTE DE RECLAMACIONES FORMALES DENTRO DEL MARCO DE CONTRATOS DE SEGURO CONTENIDOS EN LAS PÓLIZAS SOAT QUE ORIGINARON SU PRESENTACIÓN, Y DESCONOCE QUE LAS NORMAS APLICABLES PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES SON LAS PROPIAS DEL CONTRATO DE SEGURO POR REMISIÓN EXPRESA DEL DECRETO 780 DE 2016 Y NO LAS NORMAS PROPIAS DE LAS RELACIONES LEGALES ENTRE LAS EPS Y LAS IPS.

En segundo lugar, el Juez incurre en error, puesto que NO nos encontramos bajo las normas de un título ejecutivo simple que solo exige que el anterior pueda estar constituido o contenido bajo un solo documento, pues como bien se ha demostrado tanto en la Contestación de la demanda y Recurso de Reposición contra el auto mandamiento de pago, no basta sólo con la presentación de la Factura de cobro por parte de CLINICA CHICAMOCHA S.A, puesto que las obligaciones provenientes de prestaciones de servicios de salud en lo que respecta a accidentes de tránsito, tal y como lo recita La Honorable Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil en

---

<sup>1</sup> Sentencia SC4904-2021

Sentencia STC2064-2020 ... *“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”*<sup>2</sup>

Lo anteriormente citado, confirma lo que ya se había expuesto ante el Ad Quo en el sentido que no basta con la sola presentación de la factura y que ésta, *per se*, no constituye un título ejecutivo, puesto que existen disposiciones reglamentarias y aplicables en lo que respecta al cobro de indemnizaciones derivadas de las pólizas de seguro obligatorio por accidentes de tránsito (SOAT) que exigen necesariamente la presentación de una serie de documentos y requisitos para el pago de servicios de salud, constituyéndose así por ultimo lo previsto en el artículo 1053 del Código de Comercio que reza: ... *“La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en los siguientes casos:*

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

Ahora bien, en lo que respecta a la factura de venta por prestación de servicios, la Honorable Corte Suprema de Justicia Sala Casación Civil indica que: *“en 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. Esto 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 definidas en el artículo 33 del Decreto 56 de 2015 y los artículos subsiguientes que lo desarrollan. La norma señala “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.”*<sup>3</sup>

Con lo expuesto anteriormente, se puede asegurar que las facturas de venta presentadas para el pago de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios NO ostentan la calidad de títulos valores ni de títulos ejecutivos puros y simples, por lo cual se debe hacer un análisis de los documentos allegados al Despacho del Juzgado 11 Civil del Circuito de Bucaramanga como títulos base de la ejecución, en donde se observa con claridad que las facturas que el demandante pretende hacer valer como títulos son documentos que hacen parte de una reclamación, lo que quiere decir que la ley ordena a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), como ocurre con la CLINICA CHICAMOCHA S.A.S., que al momento de presentar una reclamación para el pago de los gastos médicos, se aporten a la entidad deudora, en este caso a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., una serie de documentos y requisitos dentro de los cuales se encuentran el FURIPS, la epicrisis, historia clínica, y una FACTURA en la cual se indique cuáles son los montos a cobrar, pero es claro que esta no es un título autónomo

---

<sup>2</sup> Sentencia STC2064-2020 Corte Suprema de Justicia Sala De Casación Civil

<sup>3</sup> Sentencia STC2064-2020 Corte Suprema de Justicia Sala De Casación Civil

sino que más bien hace parte de los requisitos y documentos que deben ser cumplidos por la entidad que está cobrando los gastos, para demostrar la existencia del siniestro y su cuantía.

Esta teoría se sigue reforzando en la Sentencia STC 2064-2020 de la Honorable Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil que predica: ...“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. F. 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...”<sup>4</sup>*

Entonces, es claro que el marco legal aplicable para efectos del estudio de las reclamaciones presentadas por CLINICA CHICAMOCHA S.A. es el Decreto Único Reglamentario No. 780 de 6 de mayo de 2016, que recopiló las normas sobre el Sistema de Salud en Colombia, entre ellas el Decreto 056 de 2015, y específicamente en su CAPÍTULO 4º “SUBCUENTA DE SEGURO DE RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO (ECAT), cuando en su artículo 2.6.1.4.1., definió su objeto de la siguiente forma: “ARTÍCULO 2.6.1.4.1. OBJETO. El presente Capítulo tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo.”

Dentro de este Decreto Único Reglamentario, en el artículo 2.6.1.4.2.20, señala los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud, en los siguientes términos:

**“2.6.1.4.2.20. DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 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...

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. (Artículo 26 del Decreto 56 de 2015).”

---

<sup>4</sup> Sentencia STC2064-2020 Corte Suprema de Justicia Sala De Casación Civil

Así las cosas, estos argumentos que ya fueron expuestos al momento de interponer el recurso de reposición contra el auto mandamiento de pago primigenio, y ratificados como excepción de mérito al momento de contestar a la demanda y a la reforma de la demanda, debieron ser nuevamente analizados a fondo por el Ad Quo como fallador de primera instancia al momento de proferirse la sentencia anticipada, pues de haberse hecho de manera juiciosa hubiera llevado al Despacho a la convicción de que efectivamente las normas aplicables para este caso, no son las citadas en el fallo cuando existe toda una normatividad de carácter especial que la regula.

Por eso ahora en ejercicio de este recurso de alzada le solicito al Honorable Tribunal Superior de Bucaramanga – Sala Civil y Familia, que entre a estudiar nuevamente si las facturas de venta presentadas como títulos base de ejecución cumplen o no con los presupuestos procesales y sustanciales para abrirse paso la ejecución, o por el contrario, y así tendrá que ser de manera inexorable, llegarán a la convicción de que NO cumplen dichos presupuestos por tratarse de títulos ejecutivos complejos. Lo anterior tiene su fundamento en Sentencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia radicación 25000-22-13-000-2019-00018-01 cuando expresa lo siguiente: ... *“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.*<sup>5</sup>

Como consecuencia de lo anterior, CLINICA CHICAMOCHA S.A. solo acompañó dentro de los anexos de la demanda las facturas de venta por concepto de prestación de servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios, mas no de los documentos que componen jurídicamente el título complejo.

Conforme con lo anterior, se debe tener en cuenta que cuando se dicta un mandamiento de pago, se parte del presupuesto que el documento o los documentos esgrimidos como títulos de recaudo prestan mérito ejecutivo, pero si en el curso del proceso se demuestra o aparece la falta de eficacia del mismo, el juez no se encuentra atado a esta situación jurídica inexacta, cuando debiendo dictar sentencia o el auto correspondiente, observa que el mandamiento de pago está apartado de los preceptos de ley por basarse en documentos que no eran idóneos, en todo o en parte, para dictar el auto, en este caso la sentencia anticipada que ordenó seguir adelante con la ejecución, y por lo tanto solicito al Honorable Tribunal Superior de Bucaramanga – Sala Civil y Familia, REVOCARLA para en su lugar declarar probadas las excepciones de mérito propuestas en la contestación a la demanda y a la reforma de la demanda. Igualmente se deberá condenar en costas y perjuicios a la sociedad demandante.

### **3.- EL FALLADOR DE PRIMERA INSTANCIA DESCONOCE LA CALIDAD DE LA IPS COMO PARTE EN EL CONTRATO DE SEGURO POR SER EL BENEFICIARIO DE LA INDEMNIZACIÓN BAJO LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS CONTENIDOS EN EL SOAT, POR DISPOSICIÓN EXPRESA DEL DECRETO 780 DEL 2016 Y EL ESTATUTO ORGÁNICO DEL SECTOR FINANCIERO (EOSF)**

En tercer lugar, el Ad Quo incurre en error y desconoce la calidad de la IPS como parte en el contrato de seguro, pues es bien conocido que por mandato expreso en el Decreto 780 del 2016, las aseguradoras como entidades responsables del pago de servicios de

---

<sup>5</sup> Sentencia Radicado 25000-22-13-000-2019-00018-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa. Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil

salud, le son aplicables únicamente las normas de carácter especial, y por el contrario no son susceptibles de que le sean aplicadas las normas especiales que regulan las relaciones de carácter legal entre las EPS a las IPS para el pago de las facturas por concepto de atención de emergencias dentro del marco general del sistema de seguridad social en salud, es decir, que dentro del presente proceso se deben aplicar las normas especiales que regulan la actividad aseguradora dentro del marco específico del régimen del seguro obligatorio de accidente de tránsito SOAT.

En el caso en concreto, la parte demandante pretende el cobro de 173 facturas, derivadas de la prestación de servicios médicos por accidentes de tránsito con cargo al SOAT, pero omitió anexar junto con la demanda los documentos necesarios exigidos en los decretos que regulan esta materia, quedando claro que se configura es un título complejo, y que las allegadas en el proceso, no se acompañan los documentos dispuestos en el artículo 26 del decreto 056 de 2015, subsumido por el Decreto 780 de 2016, pues no se observan el FURIPS, HISTORIA CLINICA, SOPORTES DE LA HISTORIA CLINICA (AYUDAS DIAGNOSTICAS), FACTURA DEL PROVEEDOR DEL MATERIAL DE OSTEOSINTENSIS EN DONDE SE RECLAMA), por lo tanto considera que no se configura el título ejecutivo complejo.

Es del caso recalcar nuevamente que, tratándose del cobro de la prestación de servicios de salud, el título ejecutivo está conformado por diferentes actos que deben demostrar la prestación efectiva del servicio médico, quirúrgico, farmacéutico y hospitalario suministrados a la víctima, y para ello se debe tener en cuenta el artículo 26 del Decreto 056 de 2015 (subsumido por el Decreto 780 de 2016), que relaciona los documentos que se exigen para presentar las solicitudes de pago de los servicios de salud, a su vez en lo señalado en el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, que a letra reza lo siguiente: *“Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.”*

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

*“ARTICULO 195. ATENCION DE LAS VICTIMAS. (...) 4. Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.*

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

Luis Fernando Uribe De Urbina  
Derecho Comercial, de Seguros  
y de Transporte

Calle 30A No. 6-22 oficina 3002  
Tels. 4661433, 7022206  
Cel: 3185853874.  
E.Mail:luisferuri@outlook.com  
Bogotá D.C., Colombia

*la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990. (...)*

Por su parte el artículo 2.6.1.4.2.2. del Decreto 780 de 2016 establece con clara precisión quienes son los legitimados para para reclamar, al señalar que: *“Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente Capítulo, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, **o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.**”* (Negritas y subrayas fuera de texto).

No menos importante, es señalar que existen normas especiales para las reclamaciones de las IPS a las aseguradoras del SOAT en el cual el Estatuto Orgánico del Sector Financiero (EOSF) incorpora las siguientes reglas así:

- *Pruebas: el artículo 194, numeral 1, establece normas sobre pruebas del accidente de tránsito, atención de salud, servicios funerarios y la muerte y la calidad de causahabiente.*

- *Inoponibilidad de excepciones: el artículo 194, numeral 4 ordena que a las víctimas de los accidentes de tránsito y sus causahabientes no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador.*

- *Prohibición de dilación: el artículo 195, numeral 5, señala que las aseguradoras que incurran en conductas tendientes a dilatar injustificadamente el pago de la indemnización se someterán a las sanciones respectivas.*

- *Procedencia de objeciones: el artículo 195, numeral 6 dice: “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”.*

De esta manera se ratifica que las aseguradoras cuentan con el mecanismo de la objeción para oponerse a una reclamación. De otro lado, establece que en caso de objeción el asegurador de todas maneras tiene la obligación de pagar como anticipo un porcentaje del valor del reclamo que debe ser fijado por el Gobierno Nacional. Dado que la aludida reglamentación aún no ha sido expedida el pago de anticipos no ha operado.

Es decir, que para que las reclamaciones por gastos médicos presentadas por las IPS a las aseguradoras presten mérito ejecutivo además del cumplir con requisitos establecidos en el Decreto 056 de 2015 y Decreto 780 de 2016, se hace necesario el cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 3º del artículo 1053 del Código de Comercio que establece que *“(...) Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda.”*

Como se puede observar, para el caso de las obligaciones que provengan de la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito, con fundamento en una póliza de seguros – SOAT, las IPS deberán acogerse a la normatividad y decretos que reglamentan las reclamaciones del seguro obligatorio para accidentes de tránsito en conjunto con la documentación en ellas requeridas.

En consecuencia, es claro que el Juzgador de instancia cometió un yerro conceptual de fondo al no enmarcar el objeto del litigio dentro del marco normativo que debía aplicar y con ello llegó a la errada convicción de que las facturas de venta presentadas como base de ejecución se abrían paso para su ejecución, POR SÍ SOLAS, cuando en realidad éstas son solo uno de los documentos que conforman un título ejecutivo complejo junto con los demás documentos ampliamente descritos, y de paso desconociendo la calidad de parte, como beneficiario de las indemnizaciones en los múltiples contratos de seguro contenidos en las pólizas SOAT expedidas por AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., y por esa vía desconoció la obligación que tenía la CLINICA CHICAMOCHA S.A. de presentar con su demanda y con la reforma a la misma, TODOS los documentos que constituyen la reclamación formal radicada ante la compañía.

Por consiguiente, solicito al Honorable Tribunal Superior de Bucaramanga – Sala Civil y Familia, REVOCAR el fallo impugnado, y en su lugar declarar probadas las excepciones de mérito propuestas y condenar en costas y perjuicios a la demandante.

#### **4.- EL JUZGADO DESCONOCE QUE LA PRESCRIPCIÓN APLICABLE AL CASO ES LA ORDINARIA DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO DEL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y NO LA PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CAMBIARIA DIRECTA DEL ARTÍCULO 789 DEL MISMO CÓDIGO.**

El Juzgado desconoce que la prescripción aplicable al Contrato de Seguro, y la cual es la indicada en el Código de Comercio, entre ellas en el artículo 1081 en virtud del cual para iniciar las acciones necesarias con el fin de obtener el reconocimiento de un derecho derivado del contrato de seguro se cuenta con un término de dos (2) años:

“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”.

En cuanto al cómputo de los plazos de prescripción frente a las IPS, la Superintendencia Financiera de Colombia, mediante concepto No. 2002042135-1 de enero 24 de 2003 manifestó:

“Definido el alcance del artículo 1081 en estudio, disposición de carácter imperativo y teniendo en cuenta que en el supuesto planteado, con la atención de la víctima la IPS tiene pleno conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación, **el término para que opere la prescripción ordinaria empezaría a contar desde el momento en que la I.P.S. conoció o ha debido conocer el siniestro, esto es, desde que fue atendida la víctima independientemente de la fecha de expedición de la**

***factura***, 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”.

En la contestación a la demanda y a su reforma, así como en el recurso de reposición interpuesto contra el auto mandamiento de pago, se ha venido reiterando que la acción cambiaria cuenta con sus propias reglas de prescripción en los artículos 789 y 790 del Código de Comercio, a saber:

- La acción cambiaria directa prescribe en 3 años a partir del día de vencimiento.
- La acción cambiaria de regreso del último tenedor del título valor prescribirá en 1 año.

Estas normas NO tienen una aplicabilidad en los Contratos de Seguros tal y como lo itera la Superfinanciera en el referido concepto al señalar que “La Superintendencia Nacional de Salud en concepto No. 3-2014-01890533, luego de manifestar que el término de prescripción de las facturas y el del SOAT es distinto y que la prescripción del SOAT se rige por el artículo 1081 de Código de Comercio, concluye: “En consecuencia, sin perjuicio de los términos establecidos para el ejercicio de la acción judicial en materia de facturas, el término prescriptivo de las reclamaciones que formulen los prestadores de servicios de salud directamente ante las aseguradoras, derivadas de las coberturas del SOAT, es el establecido en el artículo 1081 del C.Co”.<sup>6</sup>

En cuanto a la interrupción de la prescripción, se indicó en el mismo concepto que se “interrumpe en la fecha de presentación de la demanda únicamente cuando su notificación se surte dentro del término previsto legalmente, en caso contrario, se interrumpe con la notificación de la demanda.

**Se concluye que la anterior es la única forma viable de interrumpir civilmente la prescripción dentro del contrato de seguro, por consiguiente la reclamación formalizada por la I.P.S. en su condición de titular de la acción no constituye factor que la interrumpa”.** (Negrillas y subrayas fuera de texto).

Por otra parte, se ha dicho de manera reiterativa que la normatividad aplicable para el cobro de las obligaciones derivadas de la atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito a través del SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (SOAT), es el Decreto 056 del 14 de enero de 2015 (que derogó en su totalidad el Decreto N° 3990 de 2007 y 967 de 2012), subsumido por el Decreto 780 de 2016, dicha normatividad es aplicable teniendo en cuenta que AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., es una compañía de seguros debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia para explotar el ramo de Seguro de Daños Corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT) de acuerdo con la Resolución N° 390 del 14 de marzo de 1996.

Así las cosas, el marco legal lo constituye actualmente el Decreto 780 de 2016, que recopiló el Decreto 056 de 2015, toda vez que en la parte motiva del citado Decreto 056 se señala lo siguiente: “Que con la expedición de la ley 1438 de 2011 y del Decreto – Ley 019 de 2012, han surgido condiciones nuevas en la cobertura de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas, tales como plazos, alcances, precisión de trámites y unificación de conceptos , lo que requiere plantear la reglamentación actual a efectos de contemplar límites y precisiones de competencia en las coberturas, generar condiciones de coordinación entre todos los actores del Sistema General de Seguridad Social Integral y procurar mayor flujo de recursos a los prestadores de servicios de salud, siendo necesario expedir una nueva reglamentación que contenga tales disposiciones.

<sup>6</sup> BOLETÍN JURÍDICO N° 34 ENERO – MARZO 2015, pág. 9

*Que por lo anterior, se hace necesario reglamentar las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago, ejecución de recursos y funcionamiento de la Subcuenta ECAT del FOSYGA armonizando su contenido con lo establecido en la Ley 1438 de 2011 y el Decreto – Ley 019 de 2012, al igual que reglamentar dichas condiciones respecto del SOAT en cuanto a los criterios comunes de cobertura y valores asegurados, para evitar duplicidad en los pagos a la luz del aseguramiento en salud dentro del Plan de Beneficios, contribuyendo con ello a la eficacia y eficiencia para la necesaria consolidación y racionalización de trámites a que refiere el Decreto – Ley 019 de 2012.”*

Es claro entonces que para determinar cuáles son las coberturas otorgadas por el SOAT, valor de las mismas, requisitos para el pago de las indemnizaciones, régimen legal aplicable, hay que acudir únicamente a lo dispuesto por el Decreto 780 de 2016, *“Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del FOSYGA y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT”*, decreto que en su artículo PRIMERO señala como objeto, lo siguiente:

*“Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del FOSYGA, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo...”*

Ahora bien, el Decreto Único Reglamentario N° 780 de 6 de mayo de 2016 define su objeto en el artículo 2.6.1.4.1. Del CAPÍTULO 4° “SUBCUENTA DE SEGURO DE RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO (ECAT):

**“ARTÍCULO 2.6.1.4.1. OBJETO.** *El presente Capítulo tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo.”*

Por su parte, el artículo 2.6.1.4.4.1. Del citado Decreto, establece las condiciones de cobertura aplicables a las pólizas de SOAT, de los cuales se destacan los numerales 1º y 8º, en los siguientes términos:

**“ARTÍCULO 2.6.1.4.4.1. Condiciones del SOAT.** *Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:*

**1. Pago de reclamaciones.** Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.

1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.

1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima.

El pago por parte de dichas compañías, deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, 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 de Colombia, aumentado en la mitad.

**8. Régimen legal.** En lo no regulado en el presente Capítulo para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes

Así las cosas, acogiendo la tesis de la Superintendencia Financiera en el fallo arriba transcrito, los conceptos emanados de la misma entidad y los argumentos que se reiteraron al Ad Quo en la apelación radicada ante ese Despacho, y que ahora se reitera ante el Honorable Tribunal, en cuanto a que se toma como base para el cálculo de la prescripción, no la fecha de atención a las víctimas por parte de CLINICA CHICAMOCHA S.A. por ser la fecha en que tuvo o ha debido tener conocimiento del siniestro (accidente de tránsito), sino la fecha de expedición de la factura de venta ante AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. sobre la base que es la fecha de egreso del paciente de la I.P.S., y por lo tanto con este criterio **todas las reclamaciones extrajudiciales incluyendo las facturas de venta presentadas por la demandante ANTES del 3 de noviembre de 2018 y que hayan sido objetadas total o parcialmente se encuentran prescritas**, pues tomando como base del inicio del conteo del término de prescripción de dos (2) años la referida fecha de radicación, y como fecha final y como último plazo para interrumpir civilmente la prescripción la fecha de presentación de la demanda a

Luis Fernando Uribe De Urbina  
Derecho Comercial, de Seguros  
y de Transporte

Calle 30A No. 6-22 oficina 3002  
Tels. 4661433, 7022206  
Cel: 3185853874.  
E.Mail:luisferuri@outlook.com  
Bogotá D.C., Colombia

reparto el día 18 de febrero de 2021, se tiene que CLINICA CHICAMOCHA S.A. dejó vencer el término para reclamar judicialmente estas obligaciones con respecto de 81 facturas que fueron expedidas antes del 3 de noviembre de 2018

En efecto, incluso ya descontando el término de suspensión de la prescripción entre el 16 de marzo y el 1º de julio de 2020 que estableció el Gobierno Nacional mediante el Decreto Extraordinario No. 564 del 15 de abril de 2020 con ocasión de la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19, y tomando en cuenta que el Consejo Superior de la Judicatura ordenó reanudar los términos de prescripción y caducidad el 1º de julio de 2020 mediante el Acuerdo PCSJA20-11657 de 2020, al momento en que se reanudaron dichos términos hay que contar el plazo que tenía CLINICA CHICAMOCHA S.A. para interrumpir la prescripción con la presentación de la demanda a reparto, lo cual ocurrió efectivamente el 18 de febrero de 2021 como se demostró anteriormente y consta en el expediente digital, lo cual arroja que de las 173 facturas que se presentan como base de ejecución, y que forman parte integral de la reclamación extrajudicial presentada ante AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., 81 facturas fueron expedidas ANTES de la fecha límite de la prescripción, esto es el 3 de noviembre de 2018.

En cuanto a las facturas presentadas como parte de las reclamaciones con cargo a las POLIZAS DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR, que para el caso que nos ocupa respecto de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro corresponde a las facturas Nos. 1137772, 1137779, 1162416 y 1167827, ocurrió el mismo fenómeno prescriptivo tomando en cuenta que CLINICA CHICAMOCHA S.A. como prestador de los servicios médicos con la cual AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., tiene convenio para la atención de los pacientes amparados por este tipo de pólizas, es la beneficiaria final del pago de los servicios médicos prestados, pues dentro de las condiciones particulares y las generales aplicable para dichas pólizas, y específicamente en el numeral 1.3.2. se establece lo siguiente con respecto a la cobertura de gastos médicos:

#### **“1.3.2 GASTOS MÉDICOS**

*CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITE DE SUMA ASEGURADA, AXA COLPATRIA CUBRE LOS GASTOS MÉDICOS OCASIONADOS COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO, SIEMPRE QUE TALES GASTOS SE PRODUZCAN DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL MISMO.*

*PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR GASTOS MÉDICOS LA ASISTENCIA MÉDICA, O PARAMÉDICA, QUIRÚRGICA, HOSPITALARIA O FARMACÉUTICA.*

*AXA COLPATRIA PAGARÁ POR REEMBOLSO AL ASEGURADO O SU REPRESENTANTE LEGAL O A QUIEN ACREDITE HABER ASUMIDO LOS GASTOS O DIRECTAMENTE A LA ENTIDAD O PERSONA PRESTADORA DEL SERVICIO MÉDICO O PARAMÉDICO QUE TENGA SUSCRITO CONVENIO CON AXA COLPATRIA...*

Por otra parte, como quiera que las facturas arriba mencionadas se expidieron por la atención de pacientes con base en las POLIZAS DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR números 999202282 y 999202293 cuyo tomador y asegurado es el SENA, en las condiciones particulares de las citadas pólizas se estableció respecto de la existencia de convenios con instituciones médicas, lo siguiente:

Luis Fernando Uribe De Urbina  
Derecho Comercial, de Seguros  
y de Transporte

Calle 30A No. 6-22 oficina 3002  
Tels. 4661433, 7022206  
Cel: 3185853874.  
E.Mail:luisferuri@outlook.com

Bogotá D.C., Colombia

**“CONVENIOS VIGENTES CON INSTITUCIONES MÉDICAS QUE CUBRAN LAS 32 CIUDADES CAPITALES DE DEPARTAMENTO, EN LOS CUALES ESTÁN UBICADOS LOS CENTROS DE FORMACIÓN DEL SENA A NIVEL NACIONAL. LOS ANTERIORES CONVENIOS DEBERÁN MANTENERSE VIGENTES DURANTE TODA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y LA ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS APLICABLES A LA PÓLIZA.”**

Así las cosas, existe convenio vigente entre CLÍNICA CHICAMOCHA S.A. y AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. para la atención de los pacientes que sufran accidentes amparados por estas pólizas, razón por la cual la entidad demandante expidió y radicó en AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. las facturas de venta 1137772, 1137779, 1162416 y 1167827, cuyos valores pendientes de pago por haber sido objetadas total o parcialmente ya prescribieron a las luces del artículo 1081 del Código de Comercio, conforme se expuso en esta excepción por haberse expedido antes del 3 de noviembre de 2018.

Por lo anteriormente expuesto y argumentado, solicito al Honorable Tribunal que REVOQUE PARCIALMENTE la sentencia impugnada con respecto a 81 de las 173 facturas de venta presentadas como base de ejecución, que en realidad son solo uno de los documentos que conforman un título ejecutivo complejo que no se conformó para este proceso, tomando en cuenta que no estamos frente a una prescripción de la acción cambiaria directa del artículo 789 de que trata el Código de Comercio, sino de la prescripción la ordinaria derivada del contrato de seguro de que trata el artículo 1081 del código de comercio. Igualmente se deberá condenar en costas y perjuicios a la sociedad demandante.

**5.- EN CUANTO A LA EXCEPCIÓN DE COBRO DE LO NO DEBIDO CON RESPECTO A LAS RECLAMACIONES OBJETADAS TOTAL Y PARCIALMENTE, EL AD QUO DESCONOCIÓ LA VALIDEZ DE LAS OBJECIONES TOTALES Y PARCIALES PRESENTADAS A LA SOCIEDAD DEMANDANTE PARTIENDO DE LA BASE ERRÓNEA DE QUE AL NO SER TÍTULOS EJECUTIVOS COMPLEJOS SINO SIMPLES, NO TENÍA EL DEMANDANTE QUE APORTAR LOS DOCUMENTOS SOPORTES DE LA RECLAMACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑARSE CON CADA FACTURA QUE SEÑALA EL DECRETO 780 DE 2016, ENTRE ELLOS EL FURIPS, LA EPICRISIS Y EL RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA. DESCONOCE QUE ES LA IPS QUIEN TENÍA LA OBLIGACIÓN DE APORTAR ESTOS DOCUMENTOS QUE HUBIERAN PODIDO SUSTENTAR DE MANERA CLARA LAS CAUSALES DE OBJECCIÓN.**

Existe claramente un error por parte del Ad Quo en su sentencia anticipada, en lo que respecta a la interpretación de que un título ejecutivo simple reviste de igual característica cuando se tiene que formalizar un título de carácter complejo omitiendo así la normatividad vigente en cuanto a las reclamaciones y formalidades que se requieren y que en artículo 31 del Decreto 56 de 2015 que señala: “Contenido de la Epicrisis” (...) Luego el parágrafo 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 parágrafo dice que deben presentarse como soporte de las reclamaciones por servicios de salud.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Sentencia STC2064-2020 Corte Suprema de Justicia Sala De Casación Civil

Luis Fernando Uribe De Urbina  
Derecho Comercial, de Seguros  
y de Transporte

Calle 30A No. 6-22 oficina 3002  
Tels. 4661433, 7022206  
Cel: 3185853874.  
E.Mail:luisferuri@outlook.com  
Bogotá D.C., Colombia

Según Sentencias ya señaladas en anteriores acápite, y en especial el fallo de tutela STC2064-2020 de la Honorable Corte Suprema de Justicia – Sala Civil y Agraria arriba transcrito, no es un capricho exigir a las entidades prestadoras de salud con ocasión de que se trata de contratos de seguro, que la documentación sea pertinente y conducente para así poder establecer una idoneidad frente al contrato de seguros y que estas Entidades sean los que tengan la carga de probar que presentaron todo en debida forma y objetaron oportunamente las reclamaciones, aportando lo que señala el decreto 780 de 2016, entre ellos el FURIPS, la epicrisis y el resumen de la historia clínica.

Vale la pena recalcar nuevamente lo indicado en el citado fallo de tutela dada su claridad conceptual cuando al respecto señala que: *“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.*<sup>8</sup>

*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.”*

Corolario de la falta de aplicación por parte del Juzgado de la normatividad especial que rige las reclamaciones provenientes de la atención de víctimas de accidentes de tránsito que se ha señalado con suficiencia durante todo el proceso y ahora nuevamente en esta sustentación del recurso de alzada, cometió éste un grave yerro al no estudiar a fondo ni otorgarle mérito probatorio alguno a la abundante documentación aportada con la contestación a la demanda y a la reforma de la misma que soportan las 111 objeciones parciales y las 39 objeciones totales que oportunamente le formuló AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. a la CLINICA CHICAMOCHA, argumentando además en su fallo que era a la demandada a quien correspondía aportar las pruebas para demostrar o soportar las objeciones por no existir pertinencia médica, tales como el resumen de la historia clínica o la epicrisis, cuando esta carga probatoria correspondía era a la CLINICA CHICAMOHCA S.A. porque debió aportar con la demanda y su reforma, junto con cada factura de venta presentada como título base de ejecución, todos los documentos que soportaron la

<sup>8</sup> Sentencia STC2064-2020 Corte Suprema de Justicia Sala De Casación Civil

reclamación en la forma como lo exigen los Decretos 056 de 2015 y 780 de 2016, ampliamente expuestos a lo largo de este escrito. Esto hubiera permitido al Ad Quo analizar con detenimiento las causales de objeción por falta de pertinencia médica o por sobrecostos de material de osteosíntesis, y en el caso de aquellas objeciones fundamentadas en la ausencia de cobertura por no haber estado el vehículo involucrado en el accidente de tránsito, o por no haberse producido las lesiones del paciente en un accidente de tránsito, le hubiera permitido concluir a la luz de los documentos aportados, que las objeciones presentadas respecto a estas reclamaciones sí tenían fundamentos técnicos y científicos suficientes para haber negado total o parcialmente el pago de las indemnizaciones

A lo anterior se suma que el Ad Quo desconoció totalmente el mérito probatorio de los documentos aportados con la contestación a la demanda y a la reforma de la demanda que soportan las objeciones por PERTINENCIA MÉDICA, contenidas en las 111 subcarpetas de OBJECIONES PARCIALES y en varias de las 39 subcarpetas por OBJECIONES TOTALES, sin detenerse en lo más mínimo a analizar las razones de carácter médico y técnico que llevó a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., a dichas objeciones, y cuyo fundamento en esta materia se encuentra en la aplicación del MANUAL TARIFARIO aplicable por los servicios prestados por las instituciones hospitalarias, contenido en el Decreto 2423 de 1996, cuyo ámbito de aplicación según el artículo 1º es el siguiente:

**“ARTÍCULO 1. CAMPO DE APLICACION.** <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 887 de 2001. El presente Decreto será de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública. Las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.” (Negrillas y subrayas fuera de texto).

Este decreto, de obligatorio cumplimiento para las IPS que atienden a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, como es el caso de CLINICA CHICAMOCHA S.A., indica de manera detallada el valor máximo que se calcula en SALARIOS MÍNIMOS DIARIOS LEGALES VIGENTES (SMLDV), las intervenciones y procedimientos médico – quirúrgicos por especialidad médica, indicando el código de nomenclatura y clasificación del mismo con un altísimo nivel de detalle en cada uno de ellos (artículos 2º a 20). Posteriormente, en el artículo 21 establece las tarifas y la descripción de los exámenes y procedimientos de laboratorio clínico, también asignando un código a cada uno y el valor tanto en SMLDV como en pesos colombianos para el momento de la expedición del decreto. En el artículo 22, contiene las tarifas y descripción de los exámenes y procedimientos anatomopatológicos. En el artículo 23, las tarifas y descripción de los procedimientos de radiología. Igual ocurre en el artículo 24 con respecto a la descripción de procedimientos de medicina nuclear. En los artículos 25 a 39 contiene la descripción de los procedimientos en otras especialidades médicas. Igualmente el mismo decreto contiene en el capítulo IV el valor en SMLDV por concepto de SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS.

En consecuencia, este es el marco legal y económico alrededor del cual las IPS, como es el caso de CLINICA CHICAMOCHA S.A., deben ceñirse para el cobro de los valores por los servicios que prestan a los pacientes víctimas de accidentes de tránsito con fundamento en pólizas SOAT, como las expedidas por AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., y por los valores máximos que allí se expresan en SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES (SMLDV), lo que permite que no se produzca la

desactualización o desbalance de los valores que están autorizados a facturar a las aseguradoras, como es el caso de mi representada.

Aterrizando en el argumento que se esgrime como ataque a la sentencia anticipada que se impugna, ocurre Honorables Magistrados que dentro de las reclamaciones que se radicaron por parte de CLINICA CHICAMOCHA S.A. a mi representada junto con las facturas de venta que se trajeron como títulos base de ejecución, se incluían detalladamente servicios hospitalarios, procedimientos médicos y quirúrgicos, exámenes de laboratorio clínico, exámenes de radiología, suministro de material de osteosíntesis, suministro de medicamentos y de dispositivos necesarios para la atención de pacientes víctimas de accidente de tránsito. Sin embargo, cuando AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., analizó con detalle las reclamaciones y especialmente los conceptos contenidos en las facturas de venta, observó que en muchos de ellos no existía PERTINENCIA MÉDICA con respecto a los valores contenidos en el MANUAL TARIFARIO del Decreto 2423 de 1996, y así se lo hizo saber a CLINICA CHICAMOCHA S.A., tanto en las cartas de objeción, como en las liquidaciones de siniestros, y en las comunicaciones con las cuales ratificó dichas objeciones luego de las respuestas que a las objeciones hizo la CLINICA CHICAMOCHA S.A. De la misma manera objetó de manera seria y fundada muchas de las reclamaciones por cuanto de la historia clínica y de la epicrisis del paciente se pudo constatar que no era procedente el procedimiento médico o quirúrgico facturado. En igual sentido ocurrió, por ejemplo, con el excesivo cobro del material de osteosíntesis utilizado en la atención de dichos pacientes.

Todos estos documentos aportados con la contestación a la demanda y a la reforma de la demanda, que no fueron tenidos en cuenta por el Ad Quo, eran lo suficientemente sólidos para demostrar con argumentos legales, médicos y técnicos, las razones que llevaron a mi representada a objetar, total o parcialmente todo o parte de los valores reclamados por la entidad hoy demandante, y no se requería de un dictamen pericial médico especializado, como erróneamente lo indicó el Juez en su sentencia.

En cuanto a la historia clínica y la epicrisis de los pacientes que el Juzgado echa de menos en el proceso cuando indica en uno de sus apartes que “...se encontró una significativa cantidad de documentos tipo PDF, contentivos de información que el demandante llama “cartas de objeción” con observaciones generadas por la misma compañía, sin que reposen allí las historias clínicas, elemento de convicción que debió estar a su alcance, pues en varias de las objeciones dijo: “no se reconoce (...) teniendo en cuenta (...) la historia clínica inicial de urgencias...”, es equivocado que el Juez en su fallo le traslade la carga probatoria del aporte de dichas historias clínicas a AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., cuando precisamente era obligación y carga de la CLÍNICA CHICAMOCHA S.A., aportar con la demanda no solo la factura de venta sino también los documentos que conforman la reclamación, es decir el FURIPS, la epicrisis y la historia clínica, dada su condición de título ejecutivo complejo, tal como se ha expuesto ampliamente a lo largo del proceso y de este escrito.

Se repite, de haberse aplicado correctamente la normatividad exclusiva que regula la materia del SOAT al proceso que nos ocupa, es decir el Decreto 056 de 2015, subsumido por el Decreto 780 de 2016, el Juez hubiera desde el principio negado el mandamiento de pago, o en su defecto lo debió haber revocado al resolver el recurso de reposición contra el mismo por no encontrar configurados los títulos ejecutivos complejos. Y esta falla protuberante lo llevó además a demeritar y restarle todo peso probatorio a la abundante documentación que se aportó con la contestación a la demanda y a la reforma de la demanda, soslayando su importancia dentro del proceso

ejecutivo, cuando era claro que la historia clínica tenía que haber sido aportada por la CLÍNICA CHICAMOCHA S.A., con cada factura de venta, y por ende le hubiera permitido analizar con detalle las causales de objeción de muchas de las reclamaciones, de manera total o parcial, por pertinencia médica o por sobrecostos en el material de osteosíntesis, sin que hubiera tenido que acudir a ningún dictamen pericial de carácter médico para llegar a la conclusión de que las objeciones enervaron los títulos ejecutivos en los valores no reconocidos, total o parcialmente, por parte de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

En cuanto a las objeciones totales por causas distintas a la pertinencia médica, como por ejemplo el caso de la factura No. 1200750, en donde se pudo establecer que las lesiones sufridas por el paciente no fueron causadas en un accidente de tránsito, el Juzgado tampoco analizó ninguno de los documentos que soportan la objeción, tales como la investigación interna que adelantó mi representada a través de una firma investigadora, cuando debió al menos tomarse el trabajo de analizar dicha documentación para determinar si el título ejecutivo fue enervado a través de la objeción seria y fundada a la reclamación presentada por la entidad demandante.

Por lo anteriormente expuesto y argumentado, deberá revocarse el fallo impugnado y en su lugar declarar probadas las excepciones de mérito denominadas “*COBRO DE LO NO DEBIDO POR HABER SIDO OBJETADAS DE MANERA TOTAL Y PARCIAL, EN FORMA SERIA Y OPORTUNA, LAS RECLAMACIONES QUE ORIGINARON LA PRESENTACIÓN DE UN TOTAL DE 111 FACTURAS DE VENTA POR OBJECCIÓN PARCIAL Y 39 FACTURAS DE VENTA POR OBJECCIÓN TOTAL*” y además condenar en costas y perjuicios a la sociedad demandante.

**6.- EL AD QUO NO TUVO EN CUENTA QUE LOS PAGOS DE LAS 15 FACTURAS DE VENTA PRESENTADAS COMO TOTALMENTE PAGADAS SÍ LO FUERON Y QUE NO SE TRATÓ DE “ABONOS” A LA OBLIGACIÓN SINO PAGOS DE LO DEBIDO. IGUALMENTE DESCONOCIÓ QUE EN EL CASO DE LAS OBJECIONES PARCIALES A LAS RECLAMACIONES, LOS PAGOS EFECTUADOS NO FUERON TAMPOCO ABONOS SINO PAGOS CON PLENO PODER LIBERATORIO.**

El Juzgado no tuvo en cuenta en su sentencia anticipada que los pagos de 15 reclamaciones contenidas en igual número de facturas de venta que fueron canceladas en su totalidad sí fueron pagos totales con pleno poder liberatorio, sino que por el contrario dio por hecho que estos pagos en realidad eran abonos a las obligaciones. La realidad es que estos pagos se hicieron conforme con las normas vigentes sobre el contrato de seguro que es su marco normativo, y los efectuados por mi representada AXA COLPATRIA SEGUROS S.A a favor de la entidad demandante CLINICA CHICAMOCHA S.A., NO fueron abonos, sino pagos de lo efectivamente adeudado por estar debidamente sustentado en la respectiva reclamación la causación del servicio de gastos de transporte de pacientes a través de las pólizas de SOAT.

Ahora bien, la normatividad aplicable al contrato de Seguro contenidos en una póliza de SOAT en cuestión de los pagos de las reclamaciones es aplicable en el Decreto 056 de 2015 en su artículo 41 Numeral 1 subsumido por Decreto 780 de 2016 y que indica...

*“1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:*

Luis Fernando Uribe De Urbina  
Derecho Comercial, de Seguros  
y de Transporte

Calle 30A No. 6-22 oficina 3002  
Tels. 4661433, 7022206  
Cel: 3185853874.  
E.Mail:luisferuri@outlook.com  
Bogotá D.C., Colombia

*1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.*

*El pago por parte de dichas compañías, deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, 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 de Colombia, aumentado en la mitad.”...*

De igual manera, como se ha venido replicando estas reclamaciones deberán ser presentadas en los términos establecidos y junto a ellas, los documentos soportes de un título ejecutivo complejo.

Una vez agotado este procedimiento y queda en firme el valor reconocido por AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., se procede con el pago liquidado final según el caso, para lo cual se elabora una ORDEN DE PAGO donde se incluye el número de la o las facturas de venta que serán objeto de pago del valor aceptado por AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. y el valor a pagar conforme con la respectiva o respectivas liquidaciones. Sobre el valor a pagar se practica una retención en la fuente del 2% para servicios integrales de salud, que incluso está establecido en el cuerpo de cada factura expedida por CLINICA CHICAMOCHA S.A., y un reteica del 5 por mil (0,5%) conforme con las normas tributarias de la ciudad de Bucaramanga.

Finalmente, el pago se realiza mediante transferencia electrónica bancaria a una cuenta registrada por la entidad ante AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., desde una cuenta corriente bancaria que tiene abierta en el banco SCOTIABANK COLPATRIA S.A.

Así las cosas, como se indicó al inicio de este acápite de la sustentación del recurso, NO ES CIERTO que AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., efectúe abonos a las facturas, lo que hace es PAGAR el valor efectivamente soportado que es muy diferente, es decir efectúa un pago de lo debido, y por lo tanto no se pueden aplicar estos pagos como si fueran abonos a la obligación que puedan ser imputados inicialmente a intereses moratorios y el saldo del “abono” al valor del capital de la factura, para generar de esta manera en forma artificial y antijurídica, un nuevo capital sobre el cual vuelve y liquida intereses moratorios el demandante como lo hizo con cada factura que tuvieron pagos parciales.

Con la contestación a la demanda y a la reforma de la demanda se aportaron en formatos PDF las ORDENES DE PAGO y los COMPROBANTES DE TRANSFERENCIA que demuestran el pago total de estas 15 reclamaciones, pruebas que demuestran que no se trató de “abonos” como equivocadamente lo señala el Despacho en su fallo, sino pagos con verdadero poder liberatorio. Estas pruebas fueron apreciadas de manera equivocada por el Despacho en la medida que siempre ha partido de la base de que los títulos ejecutivos base de ejecución lo conforman únicamente las facturas de venta, cuando se ha expresado y probado suficientemente que se trata de títulos ejecutivos complejos, y por ende que AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., Sí atendió a estas quince (15) reclamaciones por encontrarlas ajustadas en cuanto a la ocurrencia de los siniestros y la cuantificación de los valores pagados por CLINICA CHICAMOCHA S.A., con respecto a la atención de los pacientes

Luis Fernando Uribe De Urbina  
Derecho Comercial, de Seguros  
y de Transporte

Calle 30A No. 6-22 oficina 3002  
Tels. 4661433, 7022206  
Cel: 3185853874.  
E.Mail:luisferuri@outlook.com  
Bogotá D.C., Colombia

víctimas de accidentes de tránsito en sus instalaciones, pues los soportes de las reclamaciones guardaban congruencia con los valores cobrados en las facturas de venta.

Por lo anteriormente expuesto y argumentado, deberá revocarse el fallo impugnado y en su lugar declarar probada la excepción de mérito denominada “EXCEPCIÓN DE PAGO TOTAL RESPECTO DE QUINCE (15) FACTURAS DE VENTA” y además condenar en costas y perjuicios a la sociedad demandante.

**7.- EL JUZGADO INSISTE EN QUE SE CAUSARON INTERESES MORATORIOS DESDE LA FECHA QUE DENOMINA “FECHA DE MORA”, TOMANDO COMO TAL 30 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE RADICACIÓN DE LAS FACTURAS, CUANDO EN REALIDAD ESTOS INTERESES NO SE ADEUDAN PORQUE 15 DE DICHAS RECLAMACIONES QUE VENÍAN ACOMPAÑADAS CON IGUAL NÚMERO DE FACTURAS FUERON PAGADAS TOTALMENTE, SE PAGARON LO REALMENTE ADEUDADO SOBRE 111 RECLAMACIONES CON IGUAL NÚMERO DE FACTURAS Y SE OBJETARON SERIA Y FUNDADAMENTE 39 RECLAMACIONES:**

Por último, el Juzgado incurre en error insistiendo en que se causaron intereses moratorios. Pues bien, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. no ha incurrido en mora en el pago de sus obligaciones frente a CLINICA CHICAMOCHA S.A., pues como se ha explicado ampliamente, las objeciones totales y parciales efectuadas por mi representada se hicieron conforme con las normas vigentes sobre el contrato de seguro que es su marco normativo, objeciones que fueron oportunamente comunicadas a la CLINICA CHICAMOCHA S.A., por lo que no es aplicable lo establecido por los artículos 1053 y 1080 del Código de Comercio, y por otra parte los pagos efectuados por mi representada a favor de la entidad demandante no fueron abonos, sino pagos de lo efectivamente adeudado por estar debidamente sustentado en la respectiva reclamación la causación del servicio médico quirúrgico, hospitalario, de suministros médicos y medicamentos y/o material de osteosíntesis necesarios para atender a los pacientes víctimas de accidentes de tránsito a través de las pólizas de SOAT.

Pero además de lo anterior, El Juzgado incurre en error al liquidar unos intereses de mora desde la fecha que denomina “fecha de mora”, tomando como tal 30 días siguientes a la fecha de radicación de las facturas que no corresponden a la realidad, porque está partiendo de la base de que los pagos efectuados por AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., tanto totales como parciales, fueron efectuados como si fueran abonos al valor del capital, cuando en realidad los pagos efectuados fueron a título de lo que efectivamente estaba obligada AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., a reconocer y pagar, es decir que se pagó lo efectivamente adeudado y se objetó de manera seria, oportuna y fundada las reclamaciones presentadas por la sociedad demandante de manera total o parcial y así se le informó a CLINICA CHICAMOCHA S.A., y por lo tanto no se puede abrir paso al cobro de intereses moratorios cuando las acciones ejecutivas fueron enervadas con dichas objeciones.

Así las cosas, expuestas y argumentadas, deberá revocarse el fallo impugnado y en su lugar declarar probada la excepción de mérito denominada “EXCEPCIÓN DE INDEBIDO COBRO DE INTERESES MORATORIOS POR NO EXISTIR MORA EN EL PAGO DE LAS OBLIGACIONES EN EJECUCIÓN” y además condenar en costas y perjuicios a la sociedad demandante.

*Luis Fernando Uribe De Urbina  
Derecho Comercial, de Seguros  
y de Transporte*

*Calle 30A No. 6-22 oficina 3002  
Tels. 4661433, 7022206  
Cel: 3185853874.  
E.Mail:luisferuri@outlook.com  
Bogotá D.C., Colombia*

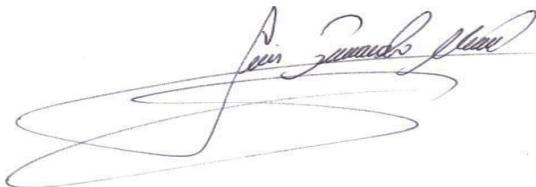
### **CONCLUSION:**

Con base en los argumentos planteados en este recurso, es que solicito al Honorable Tribunal Superior de Bucaramanga en sede de apelación, que REVOQUE la sentencia anticipada proferida por el Juzgado 11 Civil del Circuito de Bucaramanga el 28 de Noviembre de 2022 y notificada en el estado electrónico del 29 de noviembre, y en su lugar declare probadas las excepciones de mérito propuestas tanto con la contestación a la demanda y en la reforma de la demanda, y además que de manera oficiosa estudie a fondo los documentos aportados como títulos ejecutivos y por ende el mandamiento de pago inicial y el de la reforma de la demanda, para que sean desestimados dichos títulos ejecutivos.

Igualmente debe condenarse a CLINICA CHICAMOCHA S.A., en costas y perjuicios por encontrarse plenamente causados.

Finalmente, y para dar cumplimiento a lo ordenado por la ley 2213 de 2022, envíe este correo electrónico al informado por el apoderado judicial de la sociedad demandante: [consultores.juridicos@oscal.net](mailto:consultores.juridicos@oscal.net)

Del Señor Juez,



**LUIS FERNANDO URIBE DE URBINA**

C. C. No. 79'314.754 de Bogotá  
T. P. No. 48.012 del C.S. de la J.