

SEÑOR:

JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA

MÚLTIPLE DE NEIVA - HUILA

cmpl06nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REF: 41001418900620210054400

DEMANDANTE: CLINICA DENTAL CENTER LTDA

DEMANDADO: SEGUROS DEL ESTADO S.A

JULIAN DAVID TRUJILLO MEDINA, mayor de edad, domiciliado en Neiva e identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 80.850.956 de Bogotá y Tarjeta Profesional No. 165.655 del Consejo Superior de la Judicatura, apoderado especial para litigar en nombre y representación de la sociedad **SEGUROS DEL ESTADO SA** (“SEGESTADO”, en adelante) dentro del proceso del epígrafe, conforme al memorial poder que obra en el expediente, acudo a Su Señoría para formular recurso de reposición contra los autos calendados 17 de agosto corregido mediante auto de 6 de octubre del corriente año (2021), por medio del cual se libró mandamiento ejecutivo en contra de mi poderdante.

1

I. OPORTUNIDAD

El artículo 318 de la Ley 1564 de 2012 (“CG del P”, en adelante) establece que el presente acto procesal debe formularse dentro de los tres (3) días siguientes al de la notificación del auto contra el cual se dirige.

El mandamiento de pago librado por Su Señoría el pasado 17 de agosto corregido mediante auto de 6 de octubre del corriente año (2021, fue notificado a SEGESTADO al canal digital juridico@segurosdelestado.com hasta el 12 de octubre de 2021, por parte de la Dra., Mireya Toscano (correoseguro@e-entrega.co) apoderado actor.

Por tanto, siguiendo los parámetros fijados por el artículo 8 del Decreto Legislativo 806 de 2020, el término para interponer el presente recurso, inició el 15 de octubre de 2021, tornándolo en tempestivo.

II. CONSECUENCIAS

Por medio del presente recurso, ruego a Su Señoría revocar el auto proferido el pasado 17 de agosto corregido mediante auto de 6 de octubre del corriente año (2021, por medio del cual se libró mandamiento ejecutivo en contra de mi poderdante.

Además, atender que cuando se interpongan recursos contra la providencia que concede un término, o del auto a partir de cuya notificación debe correr un término por ministerio de la ley, este se interrumpirá y comenzará a correr a partir del día siguiente al de la notificación del auto que resuelva el recurso¹.

III. DEFECTOS FORMALES DEL TÍTULO EJECUTIVO.

¹ Párrafo 4, artículo 118 del CG del P.

A. Aspectos generales

El génesis de la ejecución civil, desde la normativa procesal, se encuentra en un título ejecutivo, esto es, un documento **original** y **auténtico** que provenga del deudor y sea plena prueba en su contra, que, además, provea la certeza de una obligación clara, expresa y exigible (L. 1564/12, art. 422).

Sobre tal particular la Corte Constitucional esgrimió, en sentencia T-747 de 2013, que:

«[...] Los títulos ejecutivos deben gozar de dos tipos de condiciones: formales y sustanciales. **Las primeras** exigen que el documento o conjunto de documentos que dan cuenta de la existencia de la obligación *“(i) sean auténticos y (ii) emanen del deudor o de su causante, de una sentencia de condena proferida por el juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial que tenga fuerza ejecutiva conforme a la ley, o de las providencias que en procesos contencioso administrativos o de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia, o de un acto administrativo en firme.”* Desde esta perspectiva, el título ejecutivo puede ser singular, esto es, estar contenido o constituido en un solo documento, o complejo, cuando la obligación está contenida en varios documentos. **Las segundas**, exigen que el título ejecutivo contenga una prestación en beneficio de una persona. Es decir, que establezca que el obligado debe observar a favor de su acreedor una conducta de hacer, de dar, o de no hacer, que debe ser clara, expresa y exigible.

Es clara la obligación que no da lugar a equívocos, en otras palabras, en la que están identificados el deudor, el acreedor, la naturaleza de la obligación y los factores que la determinan. Es expresa cuando de la redacción misma del documento, aparece nítida y manifiesta la obligación. Es exigible si su cumplimiento

no está sujeto a un plazo o a una condición, dicho de otro modo, si se trata de una obligación pura y simple ya declarada».

-Se resalta-

A su turno, doctrina judicial del Consejo de Estado, en sentencia del 31 de enero de 2008, haciendo suyas las palabras del Profesor Hernando Morales Molina, indicó:

«[...] El título ejecutivo debe demostrar la existencia de una prestación en beneficio de una persona. Es decir, que el obligado debe observar, en favor de su acreedor, una conducta de hacer, de dar o de no hacer y esa obligación debe ser expresa, clara y exigible, requisitos estos que ha de reunir cualquier título ejecutivo, no importa su origen.²

Reiteradamente, la jurisprudencia³ ha señalado que los títulos ejecutivos deben gozar de ciertas condiciones formales y sustantivas esenciales. **Las formales consisten en que el documento o conjunto de documentos que dan cuenta de la existencia de la obligación sean auténticos y emanen del deudor o de su causante, de una sentencia de condena proferida por el juez o Tribunal de cualquier jurisdicción, de un acto administrativo debidamente ejecutoriado o de otra providencia judicial que tuviere fuerza ejecutiva conforme a la ley.**

Las condiciones sustanciales se traducen en que las obligaciones que se acrediten a favor del ejecutante o de su causante y a cargo del ejecutado o del causante, sean claras, expresas y exigibles.

Frente a estas calificaciones, ha señalado la doctrina, que por expresa debe entenderse cuando aparece manifiesta de la redacción misma del título. En el documento que la contiene debe ser nítido el crédito - deuda que allí aparece; tiene que estar expresamente

² LOPEZ BLANCO, Hernán Fabio, *Instituciones de Derecho Procesal Civil Colombiano*, Dupré Editores, Tomo II, 7ª ed., Bogotá, 1999, pags. 388.

³ Entre otros puede consultarse el auto proferido el 4 de mayo de 2000, expediente N° 15679, ejecutante: Terminal de Transporte de Medellín S. A.

declarada, sin que haya para ello que acudir a lucubraciones o suposiciones. "Faltará este requisito cuando se pretenda deducir la obligación por razonamientos lógico jurídicos, considerándola una consecuencia implícita o una interpretación personal indirecta⁴"

-Se resalta-

La obligación es clara cuando además de expresa aparece determinada en el título; debe ser fácilmente inteligible y entenderse en un solo sentido.

B. Aspectos específicos y legislación aplicable.

El régimen legal del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, en adelante SOAT, se encuentra consagrado en el Capítulo IV de la Parte Sexta, artículos 192 a 197 del Decreto Ley 663 de 1993 -Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en adelante EOSF-, con las modificaciones que introdujo la Ley 100 de 1993 al incorporar este seguro al Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

En tal virtud, es preciso indicar que el numeral 2° del artículo 192 del EOSF define como objetivos de este seguro «La atención de todas las víctimas de

⁴ MORALES MOLINA, Hernando, *Compendio de Derecho Procesal, El Proceso Civil*, Tomo II.

los accidentes de tránsito, incluso los causados por vehículos automotores no asegurados o no identificados (...)» y el cubrimiento de la «(...) muerte o los daños corporales físicos causados a las personas (...)».

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

6

Instituido así un seguro de expedición obligatoria⁵ por parte de las aseguradoras autorizadas, las coberturas del SOAT se encuentran establecidas de manera taxativa en el artículo 193 del EOSF y sobre el punto en particular, gastos médicos, señala:

«(...) a. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones, de acuerdo con la cobertura que defina el Gobierno Nacional. Para la determinación de la cobertura el Gobierno Nacional deberá tener en cuenta el monto de los recursos disponibles»⁶

El artículo 194 del EOSF (numeral 1) instituye la “Prueba de los daños” como regla para la obtención del “Pago de indemnizaciones” en el SOAT, al

⁵ De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 191 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, “Solamente por ley podrán crearse seguros obligatorios

⁶ La Ley 1438 de 2011 prescribió como prueba de accidente de tránsito en el SOAT “la declaración del médico de urgencias” (artículo 143).

prescribir que «(...) *todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y sus consecuencias dañosas para la víctima*». El anterior precepto regula el principio indemnizatorio del negocio asegurativo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, que impone la carga de la prueba (onus probandi) a la parte que alega un acto jurídico (aplicable por remisión del artículo 192 del EOSF) en estrecha vinculación con el artículo 167 del CG del P y el artículo 1757 del Código Civil.

Es por ello, que se muestra necesario que la demandante aporte cada uno de los elementos y requisitos legalmente establecidos para formular una reclamación y obtener la indemnización⁷ correspondiente por los servicios de salud que señaló, suministró a los beneficiarios de las pólizas SOAT, emitidas por SEGESTADO que amparan tal cobertura⁸, por ejemplo, los

7

⁷ Código de Comercio, artículo 1140: “Los amparos de gastos que tengan un carácter de daño patrimonial, **como gastos médicos, clínicos, quirúrgicos o farmacéuticos tendrán carácter indemnizatorio** y se regularán por las normas del Capítulo II cuando éstas no contraríen su naturaleza”

⁸ Decreto Único Reglamentario del Sector Salud N° 780 de 2016, artículo 2.6.1.4.2.20. “Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos: 1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada. 2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito: 2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto. 2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. 3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas: 3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto. 3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. 3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados. 4. **Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del presente decreto.** 5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

establecidos en el numeral 2 del artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016.

Sólo hasta ese momento, se entenderá formalizada la correspondiente reclamación, habilitando a las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT, a estudiar su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación⁹, su presentación dentro del término de 2 años a la fecha de prestación del servicio¹⁰ so pena de operar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro¹¹.

A cual más, el reglamento aplicable a éste tipo de reclamaciones dejó previsto que las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago¹² y esa forma de presentación y trámite de las reclamaciones que eleven las IPS antes las sociedades Aseguradoras del ramo SOAT, está totalmente regulada por la Resolución 1645 de 2016 (Diario Oficial No. 49.863 de 4 de mayo de 2016)¹³ que identifica paso a paso el proceso de reclamación y reconocimiento del pago que aquí se discute.

Lo anterior, sin perjuicio de los deberes que el mismo ordenamiento jurídico nacional le impone a las IPS, por ejemplo, dar aviso del siniestro al asegurador en el mismo momento en que lo conozca, según el artículo 3° de la Resolución

⁹ DUR Salud 780 de 2016, artículo 2.6.1.4.3.10

¹⁰ DUR Salud 780 de 2016, literal b, artículo **2.6.1.4.2.5**.

¹¹ Código de Comercio, artículo 1081 en consonancia con el numeral 4, artículo 192 EOSF.

¹² Parágrafo 1, art. **2.6.1.4.2.5, DUR 780**.

¹³ https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1645_2016.htm

3823 de 2016¹⁴ y el inciso tercero del artículo 2.6.1.4.4.3 del DUR 780 de 2016; tal reporte se efectúa a través del sistema de información centralizado, que para tal efecto dispuso SEGESTADO como aseguradora autorizada para operar el SOAT. Los prestadores de servicios de salud deberán registrarse en tal sistema, con el fin de que les sea asignado un usuario, y efectuar el reporte en la estructura establecida en la Resolución 3823 en comento, y su anexo técnico, que hace parte integral de dicha resolución. El incumplimiento de la obligación de reporte dará lugar a las investigaciones y sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos de los artículos 116 y 130 de la Ley 1438 de 2011, y también será un motivo de glosa u objeción, por impedir la respectiva auditoria in situ.

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

Es por lo mismo, y se insiste, que la Sala Civil de Casación de nuestra Corte Suprema de Justicia, ha presentado 5 salvamentos de voto ante la Sala Plena de esa misma corporación judicial (rad. APL2642-2017, APL1531 de

¹⁴ https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203823%20de%202016.pdf

2018, APL4298 de 2018, APL2208 de 2019 y APL3861 de 2019), en donde explicó:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

-Se resalta-

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

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

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

12

-Se resalta-

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

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

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

que la reclamación se haya presentado de conformidad con lo dispuesto en las normas que la regulan»

-Se resalta-

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

13

Tales soportes se encuentran contemplados en el numeral 8 literal B del anexo técnico N° 5 de la Resolución N° 3047 de 2008¹⁵ expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que regula como tales – *tratándose del servicio inicial de urgencias que señala la demandante* –, los siguientes:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Informe de atención inicial de urgencias.
- d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Comprobante de recibido del usuario.**

¹⁵ Modificada por las Resoluciones 416 de 2009, 3385 de 2011, 4331 de 2012 y 458 de 2013.

(...)»

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

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

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

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

Parágrafo 1°. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus

competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes.

Parágrafo 2°. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo 6° de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo 131 de la citada ley.

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

15

-Se resalta-

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

Es por todo lo anterior, que el mismo ente rector del sistema general de seguridad social en salud – MINSALUD – previo en la Resolución 1915 de 2008 - modificada por la Resolución 1136 de 2012 – por la cual adoptó el denominado «*Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos (Furips)*»; lo siguiente:

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

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

16

-Se resalta

C. Razones que impiden la prosecución del proceso, por defectos formales del título ejecutivo:

(i) Los títulos ejecutivos no emanan del deudor y son complejos, pero están incompletos.

Se itera, el artículo 194 del EOSF (numeral 1) instituye la “Prueba de los daños” como regla para la obtención del “Pago de indemnizaciones” en el SOAT, al prescribir que «(...) todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y sus consecuencias dañosas para la víctima».

El anterior precepto regula el principio indemnizatorio del negocio asegurativo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, que impone la carga de la prueba (onus probandi) a la parte que alega un acto jurídico (aplicable por remisión del artículo 192 del EOSF) en estrecha vinculación con el artículo 167 del CG del P y el artículo 1757 del Código Civil.

Es por ello, que se muestra necesario que la demandante aporte cada uno de los elementos y requisitos legalmente establecidos para formular una reclamación y obtener la indemnización¹⁶ correspondiente por los servicios de salud que señaló, suministró a los beneficiarios de las pólizas SOAT, emitidas por SEGESTADO que amparan tal cobertura¹⁷.

17

¹⁶ Código de Comercio, artículo 1140: “Los amparos de gastos que tengan un carácter de daño patrimonial, **como gastos médicos, clínicos, quirúrgicos o farmacéuticos tendrán carácter indemnizatorio** y se regularán por las normas del Capítulo II cuando éstas no contraríen su naturaleza”

¹⁷ Decreto Único Reglamentario del Sector Salud N° 780 de 2016, artículo 2.6.1.4.2.20. “Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos: 1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada. 2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito: 2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto. 2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. 3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas: 3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto. 3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. 3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados. 4. **Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del presente decreto.** 5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

Sólo hasta ese momento, se entenderá formalizada la correspondiente reclamación, habilitando a las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT, a estudiar su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación¹⁸, su presentación dentro del término de 2 años a la fecha de prestación del servicio¹⁹ so pena de operar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro²⁰.

A cual más, el reglamento aplicable a éste tipo de reclamaciones dejó previsto que las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago²¹.

18

La entidad demandante – IPS – omitió el cumplimiento de acreditar el pleno de los requisitos, documentos y anexos correspondientes a las reclamaciones, veamos:

a. Epicrisis o historial médico sin el lleno de los requisitos previstos en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud 780 de 2016.

¹⁸ DUR Salud 780 de 2016, artículo 2.6.1.4.3.10

¹⁹ DUR Salud 780 de 2016, literal b, artículo **2.6.1.4.2.5.**

²⁰ Código de Comercio, artículo 1081 en consonancia con el numeral 4, artículo 192 EOSF.

²¹ Parágrafo 1, art. **2.6.1.4.2.5, DUR 780.**

b. *Incumplimiento del manual tarifario previsto en el Decreto 2423 de 1996, por cobro de material de osteosíntesis sobrepasando los montos permitidos, impertinencia médica de los tratamientos y cobro doble de servicios.*

c. Aceptación del paciente o primer respondiente, y recibo a satisfacción del servicio médico.

Del anterior listado, debe decirse que la póliza SOAT, el FURIPS y demás requisitos recogidos y regulados en el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto Único Reglamentario (“DUR” en adelante) del Sector Salud 780 de 2016, están ausentes, motivo por el cual ni se completó el título ejecutivo, ni éste proviene de SEGESTADO.

19

(ii) **El título ejecutivo es la reclamación completa siempre que no esté objetada, glosada o devuelta**

Señoría, será un error pensar que ésta en presencia de una acción cambiaria directa, porque, el título ejecutivo complejo que ha sido esgrimido por la demandante, debe llevar una factura cambiaria de compraventa como un anexo de la correspondiente reclamación para afectar el amparo del SOAT respectivo.

Así entonces, Su Señoría deberá valorar que la acción ejecutiva *sub examine*, emplea como título ejecutivo la póliza SOAT²² y los anexos que legalmente

²² Código de Comercio, artículo 1053.

previó el regulador estatal, reseñados en el literal anterior (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud N° 780 de 2016, artículo 2.6.1.4.2.20.).

Lo anterior, no hace otra cosa que reiterar la hermenéutica empleada por La Sala Civil de Casación de nuestra Corte Suprema de Justicia, al formular 5 salvamentos de voto ante la Sala Plena de esa misma corporación judicial (rad. APL2642-2017, APL1531 de 2018, APL4298 de 2018, APL2208 de 2019 y APL3861 de 2019). Tales salvamentos de voto explican:

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

20

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

Lo visto por cuanto es sentida la necesidad de someter los distintos actos al cumplimiento de los fines del sistema y equilibrar las tensiones existentes entre el imperativo de salvaguardar la recta destinación de los recursos y el deber de garantizar un flujo eficiente y adecuado de los mismos que permita el correcto funcionamiento de los agentes, en particular de las IPS, quienes de forma directa atienden las contingencias que pretende cubrir toda la estructura organizacional (ver Decreto

1281 de 2002 y artículos 13 de la Ley 1122 de 2007 y 111 del Decreto Nacional 019 de 2012 y demás disposiciones concordantes y complementarias)

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

-Se resalta-

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

21

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

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

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

b. La certificación de la atención por lesiones corporales o de incapacidad permanente, causadas a las personas en accidentes

de tránsito, expedida por cualquier entidad médica, asistencial u hospitalaria, debidamente autorizada para funcionar;

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

-Se resalta-

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

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

22

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

-Se resalta-

El artículo 1077 del Código de Comercio, a su vez, prevé que «Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de

la pérdida, si fuere el caso (...) **El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad**» -Se resalta-.

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

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

-Se resalta-

23

Con todo, la reclamación puede ser glosada (Res. 3047/08 y art. 56, L. 1438/11) u objetada (art. 1053, 1077 y 1080 del C. de Cio) y en tales eventos, hasta tanto se supere la glosa u objeción, será inexigible; esto, conforme Sobre este particular llamamos a colación la Resolución 1915 de 2008 - modificada por la Resolución 1136 de 2012 - emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que adoptó el denominado *«Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos (Furips)»*; y regula, respecto al pago de la indemnización, en su artículo 6, lo siguiente:

«Artículo 6o. Pago de la indemnización. Las compañías de seguros y la Subcuenta ECAT de Fosyga deberán cancelar el valor de los gastos facturados que no hubieren sido

objetados dentro del término previsto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

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

SEGESTADO, formuló glosas y objeciones a las reclamaciones que la demandante omitió indicar el demandante, obrando, incluso, de mala fe y de forma temeraria (arts. 79 y 80, CG del P). Veamos: (Adjunto cuadro Excel, para su verificación).

Así entonces, la presente ejecución se dirige a cobrar los valores glosados y/u objetados a la demandante, cuando, sabe, es abiertamente improcedente el cobro, hasta tanto se dirima el concepto de glosa u objeción. Empero, como lo señala el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011, SEGESTADO pagó a la demandante los valores que no glosó u objetó, de manera que, cumplió su obligación.

(iii). **Aunque los títulos ejecutivos aportados no son títulos valores, carecen de aceptación.**

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

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

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

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

Parágrafo 2°. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo 6° de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo 131 de la citada ley.

Parágrafo 3°. Cuando un evento de los que trata el presente capítulo afecte a un grupo étnico que en razón de sus condiciones socioculturales manifieste la imposibilidad de acreditar los documentos de que tratan los artículos 2.6.1.4.2.20 a 2.6.1.4.3.3 de este acto administrativo, el Ministerio de Salud y Protección

Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces, en atención a dichas condiciones, podrá establecer los documentos equivalentes a estos para la verificación de los requisitos previstos en el inciso primero del presente artículo»

-Se resalta-

Luego, no es el Decreto 4747 de 2007 la norma que aplica para el proceso de radicación, verificación, análisis, glosa, objeción y/o devolución de la reclamación o aceptación y pago de la indemnización, sino que ese marco legal se encuentra en la Resolución 3047 de 2008, el DUR del Sector Salud 780 de 2016, y el EOSF, la Ley 100 de 1993 y el Código de Comercio; y, según tales disposiciones, se dirá aceptada una reclamación sino es glosada u objetada, lo que no ocurre en éste caso donde fueron parcialmente glosadas u objetadas las reclamaciones.

26

Ahora bien, si en gracia de discusión Su Señoría asume que se encuentra frente a una acción cambiaria directa, debe tener presente que el reglamento de la Ley 1231 de 2008, es decir, el Decreto 3327 de 2009, en su artículo 1° señala *«De conformidad con el inciso 2° del artículo 1° de la Ley 1231 de 2008, no podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito»*.

Tal reglamento fue objeto de control judicial por el Consejo de Estado, en la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, y, mediante sentencia del 28 de junio de 2019 (exp. 11001 0324 000 2009 00511 00)²³

²³ MP. **OSWALDO GIRALDO LÓPEZ**

declaró la nulidad del inciso 3° del numeral 6 del artículo 5°, porque entendió que la aceptación de la factura estaba supeditada a la entrega del bien o prestación del servicio cabalmente, en favor del comprador o beneficiario, veamos:

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

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

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

Ahora bien, a partir del contenido y alcance del artículo 2° de la Ley 1231, es claro que la aceptación a la que hace referencia la norma en dicho aparte, en cuya estructuración tienen participación personas distintas del comprador del bien o beneficiario del servicio (pero que reciben la mercancía o el

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

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

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

posibles sentidos de un precepto, uno de los cuales produce efectos jurídicos y el otro a nada conduce, debe preferirse el primero (...))»

- Se resalta -

Para las reclamaciones que trata la demanda, la aceptación de la prestación del servicio médico la hace el paciente, así lo dejó claramente dispuesto el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 3047 de 2008 (junto a sus modificaciones), en tanto, el beneficiario del servicio médico, es decir, el paciente que atendió la IPS demandante, debe firmar el título u otro documento, en el que se indique que recibió el servicio, y, ciertamente, ninguno de los documentos que aportó la demandante demuestran que atendió y prestó servicio médico a las víctimas de accidentes de tránsito como lo señala, pues no tienen prueba de recibido dicho servicio, como lo indica la norma.

29

Es decir, no existe prueba de haberse recibido el servicio por el paciente que se dice por la demandante fue atendido, y, aunque se quiera hacer uso de la carga dinámica de la prueba, como lo pidió el demandante, la comprobación y aportación de la prestación del servicio por parte de la IPS demandante, no puede quedar en cabeza de SEGUROS DEL ESTADO SA, porque, simplemente, no prestó el servicio médico al paciente, ello, sólo le compete a la demandante, dentro de la mixtura que plantea el artículo 167 del CG del P, pues, en nuestro ordenamiento procesal no se abandonó el todo el criterio del *onus probandi*, en su dimensión de carga subjetiva de la prueba²⁴.

²⁴ LESSONA, Carlo, Teoría general de la prueba en Derecho Civil, Parte General, Trad. de Enrique Aguilera de Paz, Madrid 1928, págs. 118 y sigs.

(iv). Incumplimiento de los requisitos definidos por el código de comercio en relación con el mérito ejecutivo del contrato de seguro.

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

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

El artículo 422 del C.G.P., exige que para que se pueda ejecutar judicialmente una determinada obligación es carga del demandante aportar junto a su demanda, documentos en donde conste que la obligación es expresa, clara y exigible y que estén incorporadas en documentos que provengan del deudor. Sin el cumplimiento de esta carga probatoria por parte del demandante no es posible que se ordene el cumplimiento de la obligación que se reclama.

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

30

“ARTICULO 195. ATENCION DE LAS VICTIMAS.

*(...) 4. Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente **RECLAMACIÓN** a las entidades aseguradoras. Una vez se entregue la **RECLAMACIÓN**, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990. (...)”*

Es claro como la norma antes transcrita hace remisión expresa al artículo 1077 del Código de Comercio, al establecer como exigencia a los establecimientos hospitalarios acreditar su derecho, lo que se traduce en instituir para las reclamaciones por conceptos de gastos médicos a víctimas de accidentes de tránsito la “Prueba de daños” como regla para obtener el “Pago de indemnizaciones” en el SOAT prevista en el artículo 194 del EOSF. En el mismo sentido, el Decreto 780 de 2016, relaciona los documentos que los prestadores de servicios de salud deben radicar ante las entidades aseguradoras con la solicitud de pago de las reclamaciones, en su artículo 2.6.1.4.2.20 (antes Artículo 26 Decreto 056 de 2015)¹, hoy artículo 2.6.1.4.3.5 del Decreto Único 780 de 2016., el cual es del siguiente tenor:

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

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.
2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:
 - 2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.
 - 2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.
3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:
 - 3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.
 - 3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.
 - 3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.
4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del presente decreto.
5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

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

La Superintendencia Financiera en Concepto 2018134425-001 del 18 de noviembre de 2018, estableció que las aseguradoras deberán observar las indicaciones contenidas en la normatividad vigente, y de manera taxativa la



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de la atención, para lo cual expresó lo siguiente:

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

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

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

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

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

Lo anterior, en razón a que las obligaciones que surgen de la acción ejecutiva del contrato de seguro, hacen parte de los denominados títulos ejecutivos complejos, que a pesar que deben ser claros, expresos, exigibles y que provenga del deudor, se hace necesario el cumplimiento de los requisitos

33

establecidos en los artículos citados, para el trámite de la reclamación, en aras de obtener el pago de indemnizaciones por la prestación de servicios médico - hospitalarios a víctimas de accidentes de tránsito. Situación que reiteramos, se rige por las normas especiales que regulan la materia como lo son el Decreto 663 de 1993 (EOSF), Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016 y las normas del contrato de seguro establecidas en el código de comercio.

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

“(...) 3. Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. (...)” (negritas fuera de texto original).

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

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

(...) Al respecto abundan los ejemplos. (...) la demanda ejecutiva con base en el artículo 1053, num. 3 del C. de Co., implica allegar la póliza y la prueba de que se presentó reclamación a la aseguradora; (...)” LOPEZ BLANCO, Hernan Fabio. CODIGO GENERAL DEL PROCESO – PARTE ESPECIAL. DUPRE EDITORES. Año 2017. Paginas 511 y 512. 2017

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

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

“(…) De igual forma, asume la naturaleza de título complejo, pues requiere, además de la póliza, que se alleguen otros documentos necesarios para el cobro de la indemnización. En este sentido, el numeral 3° de la norma en comento dispone “Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda”.

De acuerdo con lo anterior, para deprecar el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del contrato de seguro se debe acreditar los siguientes presupuestos: a) La póliza de seguro b) presentación de la reclamación, con la constancia de su entrega y la fecha en que tuvo lugar c) comprobantes, que según la póliza sean indispensables, d) que haya vencido el plazo de un mes, contado a partir de la presentación de la reclamación, sin que fuera objetada. Desde luego, para que se pueda librar la orden de pago, es indispensable, a su vez, que los documentos que con ese propósito allegue el ejecutante, sean aportados con estricta sujeción a las pautas formales que prevé el ordenamiento jurídico, incluyendo las atinentes a la incorporación de documentos privados (artículos 252, 253 y 254 del C. de P. C.) (...).”

Descendiendo al caso en concreto, el apoderado de la **CLINICA DENTAL CENTER LTDA**, solicita el pago de unas facturas de venta (así las denomina) derivadas de la prestación de servicios médicos por accidentes de tránsito con cargo al SOAT, pero omite anexar junto con la demanda los documentos necesarios exigidos en los decretos que regulan esta materia anteriormente

señalados, quedando claro que no se configura el título ejecutivo complejo, es de resaltar al despacho que en ninguno de las facturas que se allegan al presente proceso se acompañan los documentos necesarios para configurarse un título complejo en especial los dispuesto en el artículo 26 del decreto 056 del 2015.

Observando la demanda obran las facturas de venta de la **CLINICA DENTAL CENTER LTDA**, y no se observan los SOPORTES DE LA HISTORIA CLINICA, es decir, las AYUDAS DIAGNOSTICAS, EXAMENES DE LABORATORIO, TAC, RADIOGRAGIAS, por ese concepto, es decir, que el apoderado del demandante solo aporta el requisito del numeral 4 del artículo 26 del decreto 065 de 2015, omitiendo los aportar los demás requisitos, por lo tanto no se configura el título ejecutivo complejo.

(V) Si se trata de títulos valores, los aportados no son originales.

Cuando se trata de títulos valores, los aspectos formales del título son a su vez sustanciales (num. 4, art. 784, C. de Cio), en tanto, la reseña definitoria que apareja el artículo 619 del Código de Comercio, indica que se trata de documentos necesarios para legitimar el ejercicio del derecho literal y autónomo que en ellos se incorpora.

Así, la recta hermenéutica de la previsión normativa sustancial de los títulos valores, corresponde a dotar de mérito cambiario al original del documento que lo contiene – *continente* – dado que éste, en puridad, representa el derecho en sí mismo considerado.

Valga señalar, sobre tal particular, que los documentos aportados con la demanda *sub examine*, tienen el carácter de auténticos dada la presunción que sobre estos establece el artículo 244 del CG del P. Sin embargo, que se presuman auténticos no satisface la carga de aportar el original, tal y como lo regula a renglón seguido el artículo 245 ibídem, y, más aún, cuando los

documentos son *necesarios*, por orden del legislador comercial, para legitimar el derecho literal y autónomo que se les incorpora. Así entonces, una copia del título valor no puede engendrar la concepción de originalidad que se le predica a otros documentos, dado que, como también lo indicó el legislador procesal, mediante normas de orden público (art. 13, CG del P), «(...) las copias tendrán el mismo valor probatorio del original, salvo cuando por disposición legal sea necesaria la presentación del original o de una determinada copia (...)» (art. 246, ib).

Tan es así, que una forma sistematizada de hermenéutica jurídica permite acudir al artículo 624 del estatuto comercial nacional, para dejar en claro que *el ejercicio del derecho consignado en un título-valor requiere la exhibición del mismo*, y, de allí, la carga que tiene el demandante de aportar el **original** del título valor. Al fin y al cabo, la exhibición en materia probatoria, tiene la condición precisa de aportación al proceso una vez se tiene clara la originalidad de un documento (párrafo 3, inciso 1^a, art. 266 del CG del P).

37

Empero, en la hora actual, y dada la emisión del Decreto Legislativo 806 de 2020 y la inclusión de reglas propias de la litigación virtual, doctrina judicial autorizada de la Sala Civil del Honorable Tribunal Superior de Bogotá²⁵, ha expuesto:

²⁵ TSB, Sala Civil, auto del 29 de agosto de 2018, exp. Proceso ejecutivo singular de People and Trade SAS contra ZTE Corporation sucursal Colombia. MP. Marco Antonio Álvarez Gómez.



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

Si bien es cierto que en algunas disposiciones legales se exige la presentación del original (p. ej., títulos-valores) o de una determinada copia (p. ej., Dec. 960/1970, art. 80, mod., Dec. 2163/70, art. 42), eventos en los cuales la que es simple no tiene el valor probatorio de aquel, no lo es menos que se trata de casos con expresa regulación legal, en los que el acreedor debe aportar uno de tales documentos, sin que el intérprete pueda convertir la excepción en una regla general, por el recelo hacia la copia y la desconfianza frente al acreedor.

Por tanto, sin contar con el original de todas y cada una de las facturas adosadas por la demandante, no debió proferirse orden de apremio contra de SEGESTADO, porque se carece de certeza y legitimación para el ejercicio de la acción cambiaria directa, proveniente de los títulos valores.

Y es que, incluso, aplicando la norma especial correspondiente²⁶, también se obliga al demandante a la aportación del **original de la factura o documento equivalente** de la IPS que prestó el servicio, cual debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del DUR del Sector Salud 780 de 2016²⁷; es decir, debe contener los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes²⁸ que tampoco se cumplió en éste caso.

38

IV. CONCLUSIONES

²⁶ Ley 153 de 1887, artículo 3.

²⁷ DUR del Sector Salud 780 de 2016, numeral 4, artículo 2.6.1.4.2.20.

²⁸ Ley 1231 de 2008, Decreto 3327 de 2009, Estatuto Tributario Nacional (art. 617) y Anexo Técnico N° 5, Resolución 3047 de 2008.

Son las anteriores razones las que impiden un buen desenvolvimiento del proceso, e imponen revocar la orden de apremio que se censura por ésta vía, para que Su Señoría, reponga dicha decisión y niegue el mandamiento ejecutivo.

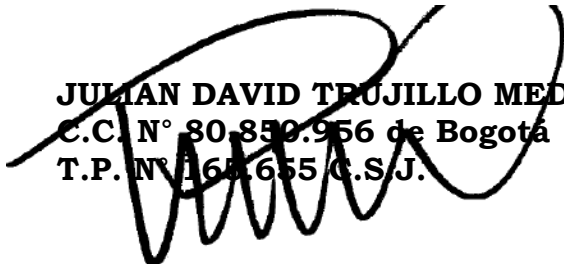
V. NOTIFICACIONES y TRASLADOS

- **CLINICA DENTAL CENTER** en el Correo electrónico: dentalcenterltda@hotmail.com
- **APODERADA DEMANDANTE: MIREYA SANCHEZ:** Carrera 4 N. 10-53 Neiva Correo electrónico: mireyasanchest@hotmail.com cel 3002242742
- **SEGUROS DEL ESTADO S.A.:**
Dirección: Carrera 11 N. 90-20
Correo electrónico: juridico@segurosdeleestado.com
- **JULIAN DAVID MEDINA TRUILLO** tel 301073228 Correo electrónico judatru13@hotmail.com.

39

Para surtir el traslado del recurso, se ha remitido una copia del presente escrito al canal digital que reportó en la demanda el apoderado del extremo demandante, para recibir notificaciones judiciales, en los términos del artículo 9 del Decreto Legislativo 806 de 2020.

Del señor Juez,



JULIAN DAVID TRUJILLO MEDINA
C.C. N° 80.850.956 de Bogotá
T.P. N° 164.655 C.S.J.