

REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO



TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA  
SALA PRIMERA DE DECISIÓN CIVIL FAMILIA

Para ver el expediente virtual: utilice el siguiente enlace: [43543](#)

Barranquilla, D.E.I.P., veintisiete (27) de enero de dos mil veintitrés (2023).

Sustanciador: Alfredo de Jesús Castilla Torres.

Proceso: ejecutivo

Demandante: Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología S.A.

Demandada: Seguros Del Estado S.A.

La Sala Primera de Decisión Civil-Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, teniendo en cuenta, el decreto legislativo 806 de 2020 del Ministerio de Justicia y el Derecho, vigente a la interposición del recurso, que modificó entre otros aspectos, el trámite específico de las apelaciones de sentencias en el área civil y familia, procede a decidir el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia del 3 de septiembre de 2020, proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla, dentro del presente proceso.

Fungiendo como sustanciador Alfredo De Jesús Castilla Torres, ante la derrota del proyecto inicialmente elaborado por la Magistrada Yaens Lorena Castellón Giraldo

### ANTECEDENTES

La Clínica De Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología S.A. instauró demanda ejecutiva contra Seguros Del Estado S.A., solicitando se libre mandamiento de pago por la suma de \$ 246.888.961, por concepto de un capital global del acumulado de 146 facturas, más los intereses, y se le condene en costas y agencias en derecho.

Como sustento de su solicitud adujo que prestó servicios médico-asistenciales, a los asegurados de la demandada, con ocasión a la ocurrencia de accidentes de tránsito. Adicionalmente, señala que las facturas además de cumplir con los requisitos formales de ley, cuentan con el sello que identifica al deudor, fecha de recibido, firma de la persona encargada de recibir, y de quien las elaboró.

Finalmente, indica que, a pesar de los constantes requerimientos realizados para el pago, la ejecutada se ha resistido a cumplir con su obligación <sup>véase nota 1</sup>.

### TRÁMITE DE PRIMERA INSTANCIA

---

<sup>1</sup> Archivo “02- DEMANDA 181-2019”

El Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla, mediante auto del 19 de septiembre de 2019, libró mandamiento de pago conforme lo solicitado y ordenó la notificación y traslado a la ejecutada, exceptuando las facturas identificadas con los N° 186710, 205093, 192645, 198542 <sup>véase nota 2</sup>.

SEGUROS DEL ESTADO S.A. compareció al proceso incoando recurso de reposición contra dicho auto, alegando la “Inexistencia de los títulos base de ejecución” y “Ausencia de requisitos para conformar el título valor complejo”, siendo confirmado <sup>véase nota 3</sup>.

Y, como excepciones de mérito, alegó las que denominó “Falta de legitimación en la causa por pasiva”, “Falta de demostración del cumplimiento de los requisitos requeridos para el pago de los servicios”, “Las reclamaciones presentadas están glosadas por lo cual el derecho reclamado no se encuentra probado”, “Prescripción del contrato seguro”, “Ausencia de prueba del derecho reclamado”, “Inexistencia de los requisitos sustanciales del título base de la ejecución”, y, “Prescripción de la acción cambiaria” <sup>véase nota 4</sup>.

Luego, el 18 de agosto de 2020 se llevó a cabo la audiencia inicial, en la que se agotaron los interrogatorios de las partes, se fijó el objeto de la litis, y se decretaron las pruebas aportadas y solicitadas por ambas partes.

Posteriormente, el 31 de agosto de 2020 se realizó la audiencia de instrucción de juzgamiento, evacuándose los testimonios solicitados, y los alegatos de las partes y, se anunció que la sentencia se proferiría de forma escrita, profiriéndose el sentido del fallo, acogiendo las pretensiones de la demanda.

### **SENTENCIA DE PRIMER GRADO**

Mediante sentencia escrita adiada 3 de septiembre de 2020 el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla ordenó seguir adelante la ejecución en los términos del mandamiento de pago, por la suma de \$240.797.661, ordenar a las partes presentar la liquidación del crédito, y, condenar en costas y agencias en derecho a la demandada.

Como sustento de su decisión adujo que si bien se recibieron los testimonios de personas vinculadas con las empresas Valuative y Global Red, quienes se encargan de realizar para Seguros Del Estado S.A., investigaciones y auditorías a los servicios médicos prestados con cargo a pólizas SOAT a pacientes víctimas de accidente de tránsito, estimó que los mismos carecían de fuerza probatoria para desdibujar el presupuesto de literalidad de los títulos valores; pues, si bien tales labores le permiten a la ejecutada presentar las glosas correspondientes, lo cierto es que la información en ellas recabada responden a declaraciones extracartulares, ajenas al cuerpo de los títulos.

---

<sup>2</sup> Archivo “03- auto libra mandamiento de pago”.

<sup>3</sup> Archivos “05- Recurso de reposición contra mandamiento de pago” “09. Auto Resuelve Reposición”.

<sup>4</sup> Archivos “06- Contestacion pt1” y “07- contestacion pt2”.

Dicho lo anterior, procedió a la resolución de las excepciones de mérito, iniciando con la de inexistencia de la obligación, frente a la que indicó que las facturas adosadas cumplen con los requisitos del Código de Comercio y de la Ley 1231 de 2008, aunado a lo cual, la formulación de glosas o devoluciones, no hacen inexistentes las facturas, pues el servicio médico fue prestado en debida forma, conforme se acreditó.

Ahora, frente a la de falta de legitimación en la causa por pasiva, estimó que las pólizas SOAT que soportaron las atenciones médicas, fueron expedidas por Seguros Del Estado S.A., estando obligada a responder por lo que aquí se cobra, como consecuencia de lo cual, sí existe una relación jurídica entre los extremos procesales.

Respecto a la prescripción de la acción cambiaria, precisó que las facturas libradas por prestación de servicios médicos, no pueden ser consideradas títulos complejos, pues no obstante lo estipulado por el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de Protección Social, lo cierto es que los soportes a los que se refiere esa norma deben presentarse a la entidad responsable del pago, no así en el trámite del proceso ejecutivo, como consecuencia de lo cual debe analizarse el presente caso bajo el derrotero de las normas que rigen los títulos valores, por lo que únicamente analizaría lo atinente a la prescripción cambiaria, y no a la de tipo ordinario alegada

En tal sentido, agregó que conforme el artículo 789 del Código de Comercio, la acción cambiaria prescribe en 3 años, y, analizadas cada una de las facturas, se advierte que a la fecha de radicación de la demanda el 26 de julio de 2019, no se había configurado el fenómeno prescriptivo, aunado a lo cual, el extremo activo dentro del año siguiente a su comunicación del mandamiento de pago, logró la notificación de la ejecutada, en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso.

Decantado lo anterior, procedió a verificar si las glosas a las que se refirió SEGUROS DEL ESTADO S.A., fueron radicadas oportunamente, al tenor de la Ley 1676 de 2003 (modificatoria del artículo 773 del Código de Comercio), de conformidad con la cual ello debe ocurrir dentro de los 3 días siguientes a su recepción, so pena de que se entienda aceptada tácitamente. Así las cosas, realizó un recuento de las adosadas con el libelo genitor, concluyendo que el extremo pasivo no logró demostrar que fueron devueltas u objetadas oportunamente, lo que conllevó a la desestimación de las excepciones incoadas en ese sentido, y a la determinación de continuar con la ejecución<sup>5</sup>.

## **EL RECURSO**

La demandada interpuso apelación contra la sentencia, manifestando por escrito sus reparos, los que reiteró al presentar memorial de sustentación en esta instancia <sup>véase nota 6</sup>:

<sup>5</sup> Archivo “18. AUTO ORDENA SEGUIR ADELANTE EJECUCION\_3-09-2020 3.40.54 p.m. (1)”.

<sup>6</sup>Archivos “023 RECURSO DE APELACIÓN REPARTOS CONCRETOS Y ANEXO”. “16. SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN” – subcarpeta “Cuaderno Tribunal Rad. 43.543”.

1. Que la decisión se apartó de las normas que rigen la materia, esto es, la Ley 4747 y el Decreto 3990 de 2007, el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de 2016), y, el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016), en las que se señalan los requisitos que deben reunirse para cobrar cuentas por gastos médicos, los que no fueron llenados por la ejecutante, haciendo énfasis en que la factura por sí sola no constituye prueba de la obligación.

Frente a ello, indica que el artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero establece que debe haber una “prueba de los daños” para obtener indemnización con cargo a pólizas SOAT, lo cual regula el principio indemnizatorio del negocio asegurativo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio. Por tal razón, era necesario que la demandante aportare cada uno de los elementos y requisitos legalmente establecidos para formular una reclamación y obtener la indemnización, como es el caso de los establecidos por el numeral 2 del artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016; y, solo hasta ese momento se entiende formalizada la reclamación, debiendo la aseguradora proceder a verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, y, su presentación dentro del término de 2 años a la fecha de prestación del servicio. Añade que las reclamaciones que eleven la IPS a las aseguradoras, con cargo a pólizas SOAT, se encuentran reguladas por la Resolución 1645 de 2016.

En ese orden de ideas, señala que no se está en presencia de la acción cambiaria directa, por lo que, no debe acudir a las normas específicas de los títulos valores, como lo es la Ley 1231 de 2008, postura que ha sido reiterada por la Corte Suprema de Justicia en varios de sus pronunciamientos, como los autos APL2642-2017, APL1531 de 2018, APL4298 de 2018, APL2208 de 2019 y APL3861 de 2019.

2. Indica que las facturas presentadas por los prestadores de servicios de salud, al ser un título complejo, deben cumplir con los requisitos del artículo 2.5.3.4.10 que señala deberán presentarse a las entidades responsables de pago, con los soportes que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que la entidad responsable del pago pueda exigir soportes adicionales. Tales soportes se encuentran contemplados en el numeral 8 literal b del anexo técnico N° 5 de la Resolución N° 3047 de 2008, expedida por la aludida cartera ministerial. Así las cosas, a diferencia de la factura cambiaria de compraventa, en la reclamación para afectar pólizas SOAT, la factura es apenas un anexo para la demostración de la cuantía del siniestro, siendo un anexo más de la reclamación, y se sigue el trámite estipulado por el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud N° 780 de 2016.

3. Reitera que la demandante omitió acreditar el cumplimiento de los requisitos, documentos y anexos correspondientes para realizar las reclamaciones, puesto que presentó epicrisis o historial médico sin el lleno de los requisitos previstos en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016; 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, y, aceptación del paciente o primer respondiente, y

recibo a satisfacción del servicio médico. Como consecuencia de tales falencias, no se completó un título ejecutivo, ni éste proviene de **SEGUROS DEL ESTADO**.

4. Arguye el A quo echó de menos que se adosaron por la demandante, pruebas de reclamaciones fraudulentas, como son los informes de investigación que se presentaron con la contestación a la demanda y testimonios, con lo cual se legitimó que se utilizaran pólizas SOAT para el cobro de servicios de salud ajenos a accidentes de tránsito, y que por ende, debían estar a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En ese sentido, alega se demostró con los informes de las empresas **GLOBAL RED** y **VALUATIVE**, que los cobros hechos por la demandante fueron subrepticios y de mala fe, por lo que están cobijados de inexistencia, nulidad o ineficacia en aplicación del artículo 897 del C. Co., a pesar de lo cual, no se les otorgó valor probatorio alguno, obligándosele a la demandada al pago de siniestros que no ocurrieron.

5. Alega que, si en gracia de discusión, se acepta que el A quo no haya dado aplicación a la normatividad aplicable en el presente caso, lo cierto es que en tratándose de títulos valores, el art. 784 del Código de Comercio prevé la posibilidad de incoar las excepciones derivadas del negocio jurídico que le dio origen, y, teniendo en cuenta que según dicho Estatuto “No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados”.

6. Reitera se inaplicaron las normas aplicables a las reclamaciones a aseguradoras por eventos cobijados por pólizas SOAT, en cuanto se desconoció que conforme a la Resolución 1645 de 2016 desde la fase de pre - radicación hasta que se ha procedente la presentación de glosas, objeciones y/o devoluciones, toma un mínimo de 4 meses, por lo que el argumento de que las glosas fueron extemporáneas debido a que no se interpusieron dentro de los 3 días siguientes a la radicación de las facturas, resulta equivocado, habida cuenta el término para dar respuesta a la reclamación es de 1 mes según el art. 1053 del Código de Comercio Al respecto, critica se afirmó que la factura N° 200829 no fue objetada, sin embargo, sí se aportó el soporte documental que daba cuenta de ello, lo cual no fue tenido en cuenta por el Juez.

7. Afirma que el término prescriptivo aplicado no fue el adecuado, pues se acudió al art. 789 del Código de Comercio, siendo que en estos casos lo aplicable es el art. 1081 del Código de Comercio y el artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, de conformidad con el primero “*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*”; y, que este caso no es otro que el siniestro, esto es, desde que la demandante prestó el servicio médico que se pretende cobrar, entendido este, según el art. 1072 ibídem como “la realización del riesgo asegurado”, apoyándose en conceptos emitidos por las Superintendencias de Salud y Financiera. Al respecto, insiste que desde que la demandante presta el servicio médico conoce cuál es la compañía aseguradora SOAT, a la cual deben cobrarse los gastos médicos prestados, y por lo tanto, la prescripción es la de 2 años.

Por su parte, la ejecutante describió el traslado del recurso, indicando que la normativa aplicable a las reclamaciones para el pago de los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito es la Ley 100 de 1993 y los Decretos 663 de 1993, 056 de 2015 y 780 de 2016. No obstante, señaló que la recurrente incurre en error al interpretar los documentos aportados como base de la ejecución, puesto que con ellos sí se aportaron los anexos necesarios, como es el caso del formulario de reclamación, epicrisis, y facturas originales y de material de osteosíntesis. Adicionalmente, ninguna de las objeciones presentadas por la demandada se fundamenta en la no presentación o ausencia de los documentos que soportan la reclamación de pago por prestación de servicios de salud.

Y, frente a la prescripción, indicó que yerra la ejecutada al afirmar que el aplicable es el término del artículo 1081 del Código de Comercio, pues ello se predica es frente a la reclamación administrativa efectuada por las I.P.S. a las compañías aseguradoras, pero, en el presente caso la norma pertinente para determinar la prescripción, es el artículo 2536 del Código Civil, la cual es de 5 años, que no se completaron respecto a ninguna de las facturas presentadas, ya que la reclamación más antigua fue radicada el 30 de marzo de 2016, y hasta la fecha de la presentación de la demanda, que fue en el año 2019, no transcurrió dicho lapso.

Finalizó señalando que algunas de las facturas fueron objetadas de forma extemporánea, mientras que respecto a otras no se encontró soporte de que ello se haya realizado, y si bien frente a un grupo sí se procedió oportunamente, ello no basta para que se enerve la obligación, puesto que la glosa debe ser justificada y debidamente fundada, observándose que no se cumplió con lo señalado en el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas, expedido por el Ministerio de Protección Social, específicamente en su Anexo Técnico N° 6.

Agregó además, que las investigaciones a las que hizo referencia la ejecutada, sólo se adjuntaron con la contestación de la demanda, y que a la luz del artículo 1077 del Código de Comercio, es obligación del asegurador demostrar las circunstancias que lo excluyen de la responsabilidad de pagar las reclamaciones que se demandan, lo cual debió suceder dentro del mes siguiente de la presentación de las reclamaciones administrativas, sin embargo, omitió actuar de conformidad, presentando solo en el marco de este proceso las aludidas investigaciones, con las que hoy pretende enervar la obligación<sup>7</sup>.

## **TRÁMITE DE SEGUNDA INSTANCIA**

Repartido el asunto para surtir el trámite del recurso de alzada contra la sentencia de 3 de septiembre de 2020, el apoderado de la ejecutante interpuso recusación contra el Magistrado Alfredo De Jesús Castilla Torres, integrante de ésta Sala de Decisión, con fundamento en las causales 6° y 7° del artículo 141 del Código General del Proceso; como consecuencia de lo cual, el expediente le fue remitido en auto del 8 de abril de 2022, para que se pronunciara sobre ello, resolviendo el 25 de ese mismo mes, no aceptar la circunstancia alegada <sup>véase nota 8</sup>.

<sup>7</sup> Archivo— subcarpeta “Cuaderno Tribunal Rad. 43.543”

<sup>8</sup> Archivo “22. 43543 AUTO ABRIL 25 DE 2022” – subcarpeta “Cuaderno Tribunal Rad. 43.543”.

Por tal razón, y en aplicación del artículo 143 ibídem, el asunto fue puesto a disposición mediante auto del 6 de junio de 2022, a quien le sigue en turno en la Sala, esto es, el Magistrado Juan Carlos Andrés Cerón Díaz, que, en proveído del 7 de septiembre de 2022, declaró infundada la recusación <sup>véase nota<sup>9</sup></sup>.

Elaborado el proyecto de sentencia por la Sustanciadora no fue aprobado por el resto de la Sala de decisión, por lo que corresponde al magistrado que sigue en turno redactar la decisión de reemplazo.

Se procede a resolver el recurso con las siguientes,

### CONSIDERACIONES

Dada la correlación de lo establecido en los artículos 320, 322 numeral 3º, 327 y 328 del Código General del Proceso, esta Sala de decisión carece de competencia funcional para estudiar los aspectos sustanciales y procesales de fundamentación de la providencia de primera instancia sobre los cuales el recurrente no hubiera expuesto sus razones de inconformidad ante el A Quo y esta Corporación en las oportunidades procesales señaladas; limitándose al estudio de lo expuesto en esos dos memoriales.

Procede esta Sala de Decisión, a estudiar los argumentos esgrimidos por la ejecutada Seguros del Estado S.A., que persiste en que se declare la prosperidad de las excepciones de mérito formuladas contra la demanda.

La jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia <sup>[Véase nota<sup>10</sup>]</sup>, ha determinado que de conformidad con el artículo 228 de la Constitución Política Nacional y los artículos 4, 11 y numeral 2 del artículo 42 del C.G.P., los operadores judiciales tienen la "potestad-deber" de revisar aún "de oficio" el "título ejecutivo" a la hora de dictar sentencia, ya sea esta de única, primera o segunda instancia. Así pues, procede esta Sala de Decisión a estudiar los reproches de la aseguradora a los títulos ejecutivos objeto de cobro judicial.

En el caso bajo estudio, nos encontramos frente a la ejecución de una institución prestadora de servicios de salud (Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología S.A.) ante una aseguradora (Seguros del Estado S.A.), derivada de las coberturas de pólizas del **Seguro Obligatorio de Daños Corporales causados a las Personas en Accidentes de Tránsito - SOAT**. En ese orden de ideas, es necesario destacar que la aseguradora ejecutada; Primero, no tiene la naturaleza jurídica de una Entidad Prestadora de Salud (**EPS**) es decir, no es genéricamente responsable del pago de servicios de salud y no cuenta con "afiliados" a quien suministrar esas atenciones con respecto a las enfermedades y padecimientos de origen común o laboral. Y segundo, por ello, se trata de cualquier tipo de prestación de servicios de urgencia, sino del

---

<sup>9</sup> Archivos Archivo "23. 43.543 Clínica de Fracturas vs Seguros Estado - Remitir Dr. Cerón" – subcarpeta "Cuaderno Tribunal Rad. 43.543". "28. 43543 declara infundada recusación" – subcarpeta "Cuaderno Tribunal Rad. 43.543".

<sup>10</sup> CSJ STC18432-2016, 15 dic. 2016, rad. 2016-00440-01; CSJ STC14164-2017, 11 sep., rad. 2017-00358-01; y CSJ STC 8 nov. 2012, rad. 2012-02414-00.

reclamo a una aseguradora por los costos generados en ocasión de la cobertura de las **pólizas**, expedidas por esta misma para cubrir el riesgo de la atención médica por lesiones causados en Accidentes de Tránsito a los asegurados pactados en esas pólizas.

Corolario de lo expuesto, no estamos en presencia de “aspectos formales de redacción” de los documentos aportados como títulos de recaudo ejecutivo, sino de un aspecto de derecho sustancial de que no pueden aplicarse para resolver la presente controversia las normas de carácter general que se aplican a las ventas y servicios que no tengan una norma especial que los regule. Así como tampoco, las normas especiales que regulan el pago de las EPS a las IPS, de facturas por concepto de atención de emergencias dentro del marco general del Sistema de Seguridad Social en Salud. En ese sentido, habrá lugar a darle aplicación a las normas especiales que regulan tal actividad dentro del marco específico del régimen del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, como lo son:

- Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero:

*Artículo 192. Aspectos generales. (...) 4. Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto.*

*(...) Artículo 195. Atención de las víctimas. (...) 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, 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.*

El Decreto 56 de 2015 ( publicado en el Diario Oficial No. 49.394 de 14 de enero de 2015 y vigente desde esa fecha) 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:

*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.**

(...) Artículo 33. Requisitos de la factura por prestación de servicios de salud o documento equivalente. La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes.

(...) Artículo 36. 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 decreto 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.

(...) Artículo 38. Término para resolver y pagar las reclamaciones. (...) Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratoria igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

(...) Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, 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 decreto 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.*

Analizadas estas disposiciones, se advierte que en ellas se reitera la naturaleza de contrato de seguro del SOAT, que se le aplican las reglas particulares de este tipo de contratos, y que con relación a las “reclamaciones” que deben efectuar las IPS ante las aseguradoras en aras de obtener el pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, señalan que documentos deben ser anexados a tales reclamaciones, y en qué condiciones las mismas podrán prestar mérito ejecutivo.

Así pues, para el pretendido recaudo ejecutivo de las indemnizaciones a que considera tener derecho la ejecutante por la prestación de servicios médicos a personas accidentadas cubiertas por pólizas del SOAT, le correspondía a ésta, acreditar que en forma oportuna presentó a la aseguradora la “reclamación” correspondiente, con el acompañamiento de toda la documentación requerida para acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, e indicar que habían vencido los términos correspondiente para objetarlas, para generar un título ejecutivo de acuerdo a las reglamentaciones del contrato de seguro, en lugar de pretender cubrir tal carga con las meras facturas expedidas unilateralmente por ella invocando unas normas jurídicas que no son aplicables al presente asunto.

En ese sentido, la Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología S.A., podía darle a su “reclamación” el formato aparente de factura, empero ella no siendo un “título valor” debía cumplir las normas y reglas de derecho sustancial antes de indicada de ser acompañada con los anexos que acreditaran la existencia y valor del siniestro ante la Compañía de Seguros. Para que con la acreditación de que se trata de “una reclamación completa”, pudieran contarse los términos correspondientes ante la Aseguradora y así constituirse el título ejecutivo complejo que resulta necesario que el Juez valore para poder ordenar la ejecución solicitada.

Si bien junto a la demanda y acompañando a las facturas se aportaron unos formatos llamados “Formulario Único de Reclamación de los Prestadores del Servicio de Salud por Servicios Prestados a Víctimas de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito Personas Jurídicas -

Furips”, estos no contienen la constancia de haber sido oportunamente presentados a la aseguradora con los anexos antes mencionados, esos documento tienen vacíos los espacios en blanco destinados para ser llenados con la fecha y número de radicación ante la aseguradora, adicionalmente, se aprecia que los sellos de recibido de dicha compañía solo están impresos en los otros documentos que se consideran “facturas” <sup>véase nota 11</sup>.

Y, esas “facturas”, aún tienen en blanco el espacio que se les diseñó para recaudar la firma del paciente que es la persona que puede acreditar que el “servicio fue recibido” y no tienen ninguna constancia de que en el momento de su entrega a la Aseguradora hubieran estado acompañadas por los respectivos anexos.

Así las cosas, no era del caso el entrar a averiguar si la aseguradora devolvió, objetó o glosó las facturas dentro de los plazos establecidos por la Ley, por el contrario, no debió librarse mandamiento de pago, puesto que al no acompañarse las facturas aportadas con los documentos exigidos en la normatividad antes citada, no es posible determinar los precisos parámetros de las obligaciones o su exigibilidad, motivo por el cual, estas facturas por sí solas no cumplen con las exigencias legales de “reclamación completa” para poder ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo; en este caso título complejo.

En consecuencia, se decide no seguir adelante la ejecución, por lo que se abstendrá esta Sala de Decisión de pronunciarse respecto de los otros argumentos de la recurrente. Procediendo a revocar la decisión de primera instancia.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior Distrito Judicial de Barranquilla, Sala Primera de Decisión Civil - Familia, Administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

### **RESUELVE**

Primero: revocar la sentencia de 3 de septiembre de 2020, proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barranquilla, al interior del proceso ejecutivo promovido por la Clínica De Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología S.A. contra la Aseguradora Seguros del Estado S.A. conforme lo expuesto, y en su lugar se dispone:

- 1º. No seguir adelante la ejecución contra la demandada Seguros del Estado S.A.
- 2º. Decretar el levantamiento de las medidas cautelares, si las hubiera.

2º) Condénese al pago de costas en ambas instancias a la parte demandante; Clínica de Fracturas Centro de Ortopedia y Traumatología S.A. Estímese las agencias en derecho de segunda instancia, en la suma de \$2.000.000. las de primera serán estimadas por el A Quo.

Devuélvase el conocimiento de este recurso a la Magistrada Sustanciadora.

---

<sup>11</sup> Archivos 003-005 en “C01Principal”

Código Único de Radicación: 08-001-31-53-001-2019-00181-01  
Referencia Interna: 43543

Notifíquese y Cúmplase

Yaens Lorena Castellón Giraldo  
Con Salvamento de Voto

Alfredo De Jesús Castilla Torres

Juan Carlos Cerón Díaz

-

**ASUNTO:** APELACIÓN DE LA SENTENCIA DEL 3 DE SEPTIEMBRE DE 2020.  
**RADICACIÓN:** 08001-31-53-001-2019-00181-01 (43.543 TYBA).  
**PROCESO:** EJECUTIVO.  
**DEMANDANTE:** CLÍNICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA S.A.  
**DEMANDADO:** SEGUROS DEL ESTADO S.A.  
**PROCEDENCIA:** JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA.

### SALVAMENTO DE VOTO

Con el mayor respeto hacia los Magistrados que suscribieron la providencia, me permito expresar los motivos por los que me aparto de la decisión adoptada, que pasan a exponerse.

No comparto la decisión de revocar la sentencia de primera instancia y en su lugar disponer no seguir adelante con la ejecución, debido a que si bien no ignora la suscrita Magistrada la reiterada posición esgrimida por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en lo atinente a la facultad del Funcionario Judicial para volver sobre el estudio de los requisitos de los títulos valores al momento de dictar sentencia, lo cierto es que en el sub exámine, las facturas cumplen con las exigencias generales de los artículos 621 y 774 del Código de Comercio, así como con el de aceptación del numeral 3º del artículo 773 de dicho Estatuto.

Ahora, el cubrimiento de los gastos médicos a pacientes víctimas de accidentes de tránsito y atendidos con cargo a pólizas SOAT se encuentra reglamentado por la Circular 015 de 2016 emanada de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con la cual “Las características de la factura o documento de soporte presentado para el pago de los servicios de salud prestados por accidentes de tránsito, se encuentran reguladas en (...) **la Ley 1231 de 2008** y las demás normas reglamentarias vigentes”, aunado a lo cual se señala que a ellas deben acompañarse “...las pruebas de la prestación de los servicios de salud que trata el artículo 6 de la Resolución 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, las disposiciones de los artículos 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6. del Decreto 780 de 2016, y el formulario de reclamación que deben presentar los PSS de acuerdo a la normativa vigente”. Siendo oportuno precisar que tales preceptos hacen referencia a la epicrisis y al resumen clínico de atención, así como a los datos que tales documentos deben contener, disponiendo específicamente el artículo 2.6.1.4.3 del Decreto 780 de 2016, en concordancia con el artículo 33 del Decreto 056 de 2015, 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”.

De lo anterior se deriva que, para la atención en salud a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, no se requiere la existencia previa de un convenio entre las Instituciones Prestadoras de Salud y las compañías aseguradoras que emiten las pólizas SOAT, pues a aquellas les asiste tal obligación por disposición legal. No obstante, el cobro que posteriormente realizan las I.P.S. a las compañías aseguradoras con ocasión a tales eventos, a pesar de desprenderse de un contrato de seguro, lo cierto es que no se sujeta a las normas que regulan a éste último, y que imponen la radicación de una reclamación, pues ello está previsto es para el reconocimiento y pago de la indemnización a las víctimas, no así para el de los servicios médicos – asistenciales a ellas prestados, lo que cuenta con su propia regulación.

Revisadas las normas cuya aplicación exige la recurrente en el presente caso, refulge que las exigencias a las que hacen referencia tales cánones, son necesarias para la presentación del reclamo tendiente al reconocimiento y pago de indemnización a las víctimas, como bien lo señala el Título V del Decreto 056 de 2015, al señalar que regula los “Aspectos comunes a la cobertura de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos a reconocer a las víctimas por daños causados como consecuencia de accidentes de tránsito, de eventos terroristas, de eventos catastróficos de origen natural o los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su

calidad de Consejo de Administración del FOSYGA”, no así para el pago de los servicios médicos prestados, lo cual cuenta con su propia reglamentación en nuestro Estatuto Comercial.

Por tal razón, el principal reparo planteado por SEGUROS DEL ESTADO S.A., atinente a la aplicación del Decreto 056 de 2015 al presente caso, y en especial, a la exigencia de los anexos a los que se refiere dicho cuerpo normativo, con la radicación de las facturas presentadas para el cobro, carece de asidero alguno, por referirse ello es al trámite de reclamación ante las compañías aseguradoras, no así al cobro compulsivo en sede ejecutiva.

Finalmente, en lo atinente a la presentación de glosas y a la prescripción, respecto a las primeras, no se allegó por parte del extremo pasivo, prueba alguna que diera cuenta de que se pusieron en conocimiento de forma tempestiva a la demandante, una vez fueron radicadas las respectivas facturas.

Y, en torno al término prescriptivo, a juicio de esta Corporación, dado que se han incorporado unos títulos valores en ejercicio de la acción cambiaria, es aplicable el término de prescripción de la misma estipulado en el artículo 789 del Código de Comercio; sin que se haya alegado y por ende demostrado por la ejecutada, que frente a alguno de los títulos adosados, se haya configurado el lapso del que trata el citado canon.

Con sustento en el anterior análisis, considera esta Magistrada que debía confirmarse en su totalidad la sentencia del 3 de septiembre de 2020.

En esos términos, dejo sentada mi inconformidad.

Barranquilla, enero veintiséis (26) de 2023.

**YAENS CASTELLÓN GIRALDO**  
**Magistrada**

-

**Firmado Por:**

**Alfredo De Jesus Castilla Torres**  
**Magistrado**  
**Sala 003 Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico**

**Yaens Lorena Castellon Giraldo**  
**Magistrado**  
**Sala 005 Civil Familia**  
**Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico**  
**Firma Con Salvamento De Voto**

Juan Carlos Ceron Diaz  
Magistrado  
Sala 004 Civil Familia  
Tribunal Superior De Barranquilla - Atlantico

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **52d2be05371d9065ff76300f54b04805bb2cafb4b2b9bfe49f229cb92005568d**

Documento generado en 27/01/2023 09:59:15 AM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**