

RECURSO DE REPOSICIÓN EN SUBSIDIO DE APELACIÓN No.202300022**Orlando Hernandez <orherles@gmail.com>**

Jue 23/02/2023 8:00 AM

Para: Juzgado 09 Civil Circuito - Atlántico - Barranquilla <ccto09ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (333 KB)

RRA SURA No.202300022.pdf;

Señor(a):

JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA

E. S. D.

RAD: 08001315300920230002200**PROCESO: EJECUTIVO SINGULAR DE MAYOR CUANTÍA****DEMANDANTE: CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S****DEMANDADO: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A**

ASUNTO: RECURSO DE REPOSICIÓN EN SUBSIDIO DE APELACIÓN.

ORLANDO RAFAEL HERNANDEZ LEDESMA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Barranquilla, Atlántico, identificado con cedula de ciudadanía **No. 1140.853.131** de esta misma ciudad, abogado en ejercicio portador de la tarjeta profesional **No. 275127** del consejo superior de la judicatura; en el carácter de apoderado judicial especial, de la sociedad **CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S**, remito memorial de la referencia en formato digital .Pdf.

Comendidamente solicito acusar recibo.

Del señor Juez;

*Orlando Rafael Hernandez Ledesma**Cc. 1140853131 de Barranquilla**TP. 275127 del CSj**Cel.3005189975**Email: orherles@gmail.com**Abogado*

Señor(a):

JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL DE BARRANQUILLA

E. S. D.

RAD: 08001315300920230002200

PROCESO: EJECUTIVO SINGULAR DE MAYOR CUANTIA

DEMANDANTE: CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S

DEMANDADO: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

ASUNTO: RECURSO DE REPOSICIÓN EN SUBSIDIO DE APELACIÓN.

ORLANDO RAFAEL HERNANDEZ LEDESMA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Barranquilla, Atlántico, identificado con cedula de ciudadanía **No. 1140.853.131** de esta misma ciudad, abogado en ejercicio portador de la tarjeta profesional **No. 275127** del consejo superior de la judicatura; en el carácter de apoderado judicial especial, de la sociedad **CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.**, parte demandante dentro del proceso de la referencia; respetuosamente me permito concurrir ante su despacho a interponer **RECURSO DE REPOSICIÓN EN SUBSIDIO DE APELACIÓN**, contra el Auto de fecha **20 de febrero de 2023**, proferido por su Despacho dentro del proceso de la referencia, notificado mediante estado publicado el día **21 de febrero de 2023**; para que por vía de dicho recurso, la referida providencia sea **REPUESTA** y de no ser favorable la decisión del AD-QUO, sea pues el superior quien consecuencialmente analice la misma, y esta sea **REVOCADA** ordenando librar mandamiento de pago para todas y cada una de las facturas de venta pretendidas en la demanda.

Se dispuso en el auto objeto de impugnación:

"[...] Primero: NEGAR el mandamiento de pago solicitado por la CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S, identificada con Nit. 802.000.774-1, en contra de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A, identificada con Nit 890.903.407-9, dadas las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia [...]"

Lo anterior según indica el Despacho, por no reunir, las facturas de venta los requisitos exigidos por el artículo 422 del C.G.P, esto es ser clara expresa y exigible y en especial los requisitos descritos en el decreto 056 DE 2015, compilado en el decreto 780 de 2016, que regula las reclamaciones del SOAT.

En igual sentido, manifiesta el Despacho luego de efectuar revisión de cada una de las 382 facturas y los anexos que integran estos títulos ejecutivos compuestos, no se observó que estas hayan sido reclamadas administrativamente ante la aseguradora demandada, dentro de los términos establecidos en el artículo 1081 del código de comercio y con el lleno de los requisitos del artículo 1077 de esta misma norma.

Por ultimo señaló en su proveído, que: *"el demandante no acredita con la reclamación, la ocurrencia del siniestro, tampoco manifiesta que la reclamación no hubiere sido objetada, pues lo que manifiesta es que presentaron las facturas y la aseguradora se abstuvo de pagar, por lo tanto no se constituyó un título ejecutivo complejo que lleve a librar mandamiento de pago en contra de la aseguradora por lo tanto se nega el mandamiento de pago solicitado"*.

Consideraciones que de ningún modo compartimos y por lo que en consecuencia atacamos por vía del presente recurso de reposición en subsidio de apelación, en atención a los argumentos que procedemos a relacionar a continuación:

Como pretensión de la demanda, se ha solicitado al señor Juez, librar mandamiento de pago contra la compañía **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A** y a favor de la demandante **CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S**, por la suma total de \$746.136.748, más intereses moratorios, monto adeudado por la demandada contenido en un total de 382 facturas, generadas por los servicios de atención en urgencia, servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios; prestados a lesionados en accidentes de tránsito ocasionados por vehículos amparados por Póliza SOAT, expedidas por la compañía **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A**; valores y servicios que se detallan en cada una de las historias clínicas, epicrisis, formulario único de reclamación de los prestadores de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (FURIPS), procedimientos ejecutados, resultados médicos, descripciones quirúrgicas, documentos del paciente, documentos del automotor, así como en las mismas facturas anexas, y demás documentos que constituyen los **TÍTULOS COMPUESTOS O COMPLEJOS** base del presente recaudo ejecutivo. Mismos que contrario a lo manifestado por su Despacho y tal como **SE INDICÓ** en los hechos de la demanda por **NO HABER SIDO CANCELADOS EN SU TOTALIDAD NI OBJETADOS**

OPORTUNAMENTE por parte de la demandada, al tenor del numeral 3 del artículo 1053 del código de comercio, prestan mérito ejecutivo contra esta, por sí sola, por lo tanto la demandante **CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S**, se vio en la imperiosa necesidad de recurrir a obtener el pago por vía del ejercicio de la acción ejecutiva como claramente indica en el hecho **QUINTO Y NOVENO** de la demanda y no por el ejercicio de la acción cambiaria a la que solo dan origen los títulos valores; aportando para el ejercicio de la referida acción ejecutiva, los documentos exigidos por la norma y donde constan los servicios de atención en salud prestados y los valores adeudados por **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**

No obstante las precisiones hechas en la demanda y a las que me he referido en los puntos anteriores; para el Despacho de conocimiento, los títulos de recaudos ejecutivo con fundamento en los cuales la demandante **CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S** ha impetrado la acción Ejecutiva contra la demandada **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, a efectos que le cancele la prestación de servicios de salud, fueron examinados y analizados por dicho operador de justicia, bajo el errado convencimiento o percepción de no estar sustentadas las reclamaciones de pago con documentos exigidos por la norma y no haber agotado los trámites administrativos propios para obtener el pago de lo adeudado por la empresa demandada, aun cuando se puede observar que dentro de la demanda reposan los documentos que integran los **Títulos Ejecutivos Compuestos o Complejo** que dan origen a una acción ejecutiva, y que soportan que efectivamente el demandante prestó un servicio de salud, siendo estos pues una obligación expresa, clara e indiscutible, exigible.

De admitirse como acertada la consideración del Juez A-quo para negar el mandamiento de pago; es dejar por sentado que las facturas generadas con ocasión de los servicios de salud prestados por una IPS a lesionados en accidentes de tránsito por vehículos amparados por pólizas SOAT expedidas por la demandada, es aceptar que el prestador del servicio, en contravía y perjuicio propio a su deber legal contenido en normas especiales, no acompañó al momento del cobro del servicio de salud prestado, además de las facturas propiamente dichas, los documentos que se relacionaron en la demanda es decir, las *historias clínicas, epicrisis, formularios único de reclamación de los prestadores de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (FURIPS), los procedimientos médicos ejecutados, resultados médicos, descripciones quirúrgicas, documentos del paciente, documentos del automotor y demás*, tal como consta en la demanda, documentos anexados debidamente en copia digital mediante el link de acceso:

<https://www.dropbox.com/scl/fo/8jnm7ncqe27ucn1cg9g/h?dl=0&rlkey=22aali6jijt4h4kyn051uduuh>

Contentivo de los 382, **TÍTULOS EJECUTO COMPUESTOS** objeto de la presente acción ejecutiva, racionados debidamente con su número de factura, fecha de factura, fecha de radicación de reclamación de pago ante el demandado, valor del documento, valor del abono realizado, saldo insolado del documento, fecha de formulación de la objeción, devolución o glosa y oportunidad de formulación de la objeción, devolución o glosa, que en el caso que nos ocupa, tal como el suscrito ha manifestado en el cuerpo de la demanda, **NO FUERON OBJETADAS** o fueron formuladas extemporáneamente.

Lo anterior bajo estricto cumplimiento y dentro de los términos de radicación de la reclamación de pago, establecidos por la norma, artículo 1081 del código de comercio, siendo esto con diferencias hasta de 3 a 7 días, contados a partir de la fecha de la generación de la factura y de su radicación efectiva ante el demandado, todo ello de conformidad a lo indicado en la demanda, donde se toma como ejemplo lo siguiente:

ITEM	PREFIJO FACTURA	NUMERO FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACIÓN RECLAMACIÓN DE PAGO	VALOR FACTURA	PAGOS PARCIALES	SALDO FACTURA	FECHA FORMULACIÓN OBJECCIÓN	OPORTUNIDAD DE FORMULACION OBJECCIÓN
1	SV	146324	1/02/2019	7/02/2019	276.000,00	39,00	275.961,00	03/04/2019	Extemporanea
2	CCSV	13174	10/07/2021	17/07/2021	22.075.272,00	302.800,00	21.772.472,00	02/12/2021	Extemporanea
3	CCSV	14678	7/08/2021	19/08/2021	302.800,00	42,00	302.758,00	NO OBJETÒ	NO OBJETÒ
4	CCSV	15180	14/08/2021	19/08/2021	302.800,00	42,00	302.758,00	NO OBJETÒ	NO OBJETÒ
5	CCSV	19390	10/11/2021	17/11/2021	11.123.668,00	8.338.752,00	2.784.916,00	NO OBJETÒ	NO OBJETÒ
6	CCSV	19479	12/11/2021	17/11/2021	1.964.750,00	1.270.350,00	694.400,00	NO OBJETÒ	NO OBJETÒ
7	CCSV	19718	18/11/2021	22/11/2021	16.363.001,00	12.598.838,00	3.764.163,00	NO OBJETÒ	NO OBJETÒ

Es importante señalar que el mecanismo de pago de servicios de salud y a las relaciones que involucran a los beneficiarios de estos servicios, están debidamente definidos, pues los beneficiarios son personas diferentes a las destinatarias de las facturas y por ende obligadas a su pago. En la relación que se establece en el sector salud el beneficiario del servicio es sujeto distinto a la entidad obligada a asumir el pago por la prestación del servicio.

Así las cosas y por los sujetos que participan en la relación en el sector salud, es que se aplican las normas

que se han expedido específicamente para este sector, además, sobre el tópico o tema de las Facturas por prestación de servicios de salud, ha reiterado la Jurisprudencia, que para su estudio se debe acudir a la normatividad del sector salud que regula este tipo de asunto, a saber:

El Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones; el cual, en la parte pertinente, dispone:

“[...]Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 22. Manual Único de Glosas, Devoluciones y respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 23. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. ...”.

Artículo 24. Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador[...].”.

El Decreto 056 de 2015, el cual en su Artículo 26, compilado en el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto Único Reglamentario 780 de mayo 6 de 2016, establecen que:

“[...]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 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.*

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[...].”*

En el mismo orden, el artículo 2.6.1.4.4.1 decreto 780 de 2016, compilatorio del artículo 41 del decreto 056 de 2015 prevé:

“ARTÍCULO 2.6.1.4.4.1. CONDICIONES DEL SOAT. *Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes: 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. (Aparte subrayado nuestro).*

Así pues, conforme a tal normatividad, se regula la relación entre prestadores de servicios de salud y los responsables del pago, sobre la base de que el prestador está en la obligación de presentar una **factura y sus soportes** en atención su carga probatoria, establecida en el artículo 1077 del código de comercio, a los responsables de pago y éstos, a su turno, pagar el valor de manera oportuna artículo 1080 del código de comercio; donde este instrumento o su documento equivalente se define como el que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, suministrados o brindados por el prestador.

Así pues, se puede evidenciar que para el cobro de servicios de salud como en el caso que nos ocupa, no puede bastar únicamente la presentación de una factura como título ejecutivo, sino que se requiere de un conjunto de documentos que delimitan el alcance y exigibilidad de la obligación, esto es, un **TÍTULO EJECUTIVO COMPLEJO O COMPUESTO**, tal como la IPS demandante efectuó y se evidencia en los documentos aportados en la demanda, agotando con ello el trámite administrativo establecido para su cobro y donde lo importante es su unidad jurídica.

Sostiene el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Quibdó, con ponencia de la Honorable Magistrada DRA. LUZ EDITH DIAZ URRUTIA; en proveído de fecha 21 de marzo de 2019, proferido dentro del proceso Ejecutivo Singular Radicado bajo el No. 27001310500120201802270101; en donde además asentó que:

“[...] 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 merito 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[...].”

Para finalizar, es claro señor Juez con lo anteriormente deprecado, que a la luz del artículo 422 del código general del proceso el cual reza: “[...]Artículo 422. Título ejecutivo: Pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante, y constituyan plena prueba contra él [...]”. Se encuentra debidamente sustentado que:

1. Con el aporte de los documentos relacionados, en la demanda y que integran los 382 títulos ejecutivos compuestos, objeto de la presente acción ejecutiva, se encuentran revestidos de los requisitos establecidos por tal norma pues las obligaciones derivadas de estos **SON CLARAS**. La prestación del servicio de salud es fácilmente inteligible y debe entenderse en un solo sentido.

2. **ES EXPRESA** pues el crédito del ejecutante y la deuda del ejecutado se encuentra expresamente declarada por la norma, sin que sea necesario realizar suposiciones.

3. Por último y no menos importante, **ES EXIGIBLE** puesto que la obligación es pura y simple, es decir, no debe estar sujeta a plazo o condición.

Señor Juez, por todo lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente de usted, se sirva **REPONER** en el auto de fecha 20 de febrero de 2023, y consecuentemente Librar el Mandamiento de Pago en la forma solicitada, de no ser positiva su apreciación a lo aquí señalado, se disponga conceder recurso de alzada para que sea el superior quien resuelva de fondo esta controversia.

Del señor Juez,



ORLANDO RAFAEL HERNANDEZ LEDESMA
CC.1140.853.131 BARRANQUILLA
TP. 275127 DEL C.S.J
ABOGADO PARTE DEMANDANTE.