

Señores  
**JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO ORAL**  
**BARRANQUILLA – ATLANTICO**  
E. S. D.

**REF: PROCESO EJECUTIVO**  
**DEMANDANTE: CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y**  
**TRAUMATOLOGIA S.A**  
**DEMANDADO: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**

**RAD: 2020-00046**

**ALEXANDER GOMEZ PEREZ, varón, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 de Barranquilla (Atlántico), abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado general de la sociedad COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., respetuosamente manifiesto a su despacho que procedo dentro del término legal a presentar RECURSO DE REPOSICIÓN contra el auto que libro Mandamiento de Pago de fecha 22 de julio de 2020, a fin de que sea revocado en su totalidad.**

### **CONSIDERACIONES PREVIAS**

De manera preliminar, quiero dejar en claro al despacho que la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A, ni con ninguna otra institución de salud del país.

Lo anterior, en razón a que las facturas que aporta como título ejecutivo la entidad demandante, hacen parte de reclamaciones por atención de pacientes en lo relacionado con el Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito (SOAT).

Debe tener en cuenta el despacho, que las facturas que aporta el demandante hacen parte de reclamaciones realizadas por la hoy demandante por la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, que procuran la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT, expedidas por mi representada. Sin embargo, su reclamación y cobro debe sujetarse inexorablemente a las disposiciones legales que lo regulan, Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Código de Comercio y demás decretos reglamentarios.

El régimen legal del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT, se encuentra consagrado en los artículos 192 a 197 del Decreto Ley 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero-, en adelante EOSF.

En el artículo 167 parágrafos 1º y 3º de la Ley 100 de 1993, 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.

Sobre el particular, el ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO (Decreto Ley 663 de 1993), en el numeral 4 del artículo 192, definió el régimen legal aplicable al SOAT, así:

***“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.”***

En la misma línea, el numeral 8 del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, ratifica lo dispuesto en el EOSF, definiendo el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras con cargo al SOAT, cuando afirma que:

*“(...) Decreto 780 de 2016. 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:*

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

Teniendo en cuenta los argumentos anteriormente expuestos, es claro que la normativa sobre la cual debe resolverse la controversia de fondo, son las normas que regulan específicamente el SOAT, y en forma supletiva, las normas que regulan el contrato de seguro, tal y como se depende de la lectura previa.

No puede caer el despacho en el error, de que como la parte demandante pretende hacer valer unas facturas de venta causadas por la prestación de servicios en salud, se debe analizar el mérito ejecutivo del proceso, sobre títulos valores de acuerdo a lo establecido en el artículo 772 del Código de Comercio. Pues de acuerdo a la normatividad vigente para el cobro de facturas por prestación de servicios médicos por atención a víctimas de accidentes de tránsito por parte de las IPS con fundamento en el SOAT expedido por las aseguradoras, se debe presentar una reclamación que además de la factura, exige allegar los anexos, comprobantes y documentos necesarios para formalizar dicha reclamación tal como lo establece el artículo 1077 del Código de Comercio, y el trámite de dicha reclamación se rige por las normas del contrato de seguro establecidas en el mismo código.

NO PUEDE APLICARSE para resolver la presente controversia las normas de carácter general que se aplican a las ventas y servicios (acción cambiaria), 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, es decir, que dentro del presente proceso se deben aplicar las normas especiales que regulan la actividad aseguradora dentro del marco específico del régimen de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

Por esa razón, no es posible darle al caso una interpretación facultativa, pues por disposición normativa solo puede ser aplicable un solo régimen legal, tal y como lo afirmó la corte constitucional en sentencia C-451 DE 2015, cuando analizó al criterio hermenéutico de especialidad, así:

“6.2. Recientemente, en la Sentencia C-451 de 2015, esta Corporación hizo expresa referencia al aludido tema. En dicho fallo, basada en las previsiones que sobre la materia establecen las Leyes 57 y 153 de 1887 y lo dicho en la jurisprudencia, la Corte puso de presente que existen al menos tres criterios hermenéuticos para solucionar los conflictos entre leyes: (i) el criterio jerárquico, según el cual la norma superior prima o prevalece sobre la inferior (*lex superior derogat 2nferior*); (ii) el criterio cronológico, que reconoce la prevalencia de la norma posterior sobre la anterior, esto es, que en caso de incompatibilidad entre dos

normas de igual jerarquía expedidas en momentos distintos debe preferirse la posterior en el tiempo (*lex posterior derogat priori*); y (iii) el criterio de especialidad, según el cual la norma especial prima sobre la general (*lex specialis derogat generali*). Con respecto a este último criterio, se sostiene que, en tales casos, no se está propiamente ante una antinomia, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial, con lo cual las mismas difieren en su ámbito de aplicación. (...)

6.4. Sobre el criterio de especialidad, se destacó en la Sentencia C-451 de 2015, que el mismo “permite reconocer la vigencia de una norma sobre la base de que regula de manera particular y específica una situación, supuesto o materia, excluyendo la aplicación de las disposiciones generales”. Respecto al alcance del criterio de especialidad, en el mismo fallo se trajo a colación lo dicho por la Corporación en la Sentencia C-078 de 1997, al referirse esta al carácter especial de las normas tributarias y su aplicación preferente sobre las normas del anterior Código Contencioso Administrativo. Esta última sentencia dijo sobre el particular:

**6.5. Así las cosas, frente a este último criterio, el de especialidad, cabe entonces entender que el mismo opera con un propósito de ordenación legislativa entre normas de igual jerarquía, en el sentido que, ante dos disposiciones incompatibles, una general y una especial, permite darle prevalencia a la segunda, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial. Ello, sobre la base de que la norma especial sustrae o excluye una parte de la materia gobernada por la ley de mayor amplitud regulatoria, para someterla a una regulación diferente y específica, sea esta contraria o contradictoria, que prevalece sobre la otra. (...)**”

Siendo así, aplicar las normas de la acción cambiaria sería realizar una interpretación no sistemática del derecho, pues se desconocería el carácter especial de las normas que regulan el SOAT, y en particular las normas del contrato de seguro, desconociendo el criterio hermenéutico de especialidad, lo que configuraría una vía de hecho por violación al debido proceso pues como lo afirmó la corte constitucional en sentencia SU918 DE 2013, “(...) cuando en una decisión judicial se aplica una norma jurídica de manera manifiestamente irrazonable o se deja de aplicar una norma aplicable, sacando del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable tal decisión judicial, ésta deja de ser una vía de derecho para convertirse en una vía de hecho, razón por la cual la misma deberá dejarse sin efectos jurídicos, para lo cual la acción de tutela es el mecanismo apropiado. En esta hipótesis no se está ante un problema de interpretación normativa, sino ante una decisión carente de fundamento jurídico, dictada según el capricho del operador jurídico, desconociendo la ley, y trascendiendo al nivel constitucional en tanto compromete los derechos fundamentales de la parte afectada con tal decisión. (...)”.

## FUNDAMENTOS DEL RECURSO

### 1. IMPOSIBILIDAD DE LIBRAR MANDAMIENTO DE PAGO POR EXISTIR AUSENCIA DE EXIGIBILIDAD, AL NO CUMPLIRSE LOS REQUISITOS DEFINIDOS POR EL CODIGO DE COMERCIO EN RELACION CON EL MERITO 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 compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.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:

**“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)<sup>1</sup>, el cual es del siguiente tenor:

<sup>1</sup> **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.

*“(...) 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<sup>2</sup>. 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.*

*(...)*

*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. (...)”*

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 siguientes documentos según el caso:

- 1. Epicrisis, cuando se trate de servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. En todo caso deben observarse los contenidos mínimos previstos en el artículo 31 del Decreto 056 de 2015<sup>3</sup>.*
- 2. Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.*
- 3. Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contra referencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos, siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega*

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>2</sup> Definido por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Nota Externa 201733200110423 de 2017.

<sup>3</sup> Hoy artículo 2.6.1.4.3.5 del Decreto Único 780 de 2016.

de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.

4. *Factura de venta o documento equivalente del reclamante y certificación de pago de quien prestó el servicio, cuando el mismo ha sido prestado a través de un tercero.*

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 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 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; (...)”<sup>4</sup>*

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 3º 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.*

<sup>4</sup> LOPEZ BLANCO, Hernan Fabio. CODIGO GENERAL DEL PROCESO – PARTE ESPECIAL. DUPRE EDITORES. Año 2017. Paginas 511 y 512. 2017

*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 DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA S.A, 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 DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA S.A, y no se observan los SOPORTES DE LA HISTORIA CLINICA, es decir, las AYUDAS DIAGNOSTICAS, EXAMENES DE LABORATORIO, TAC, RADIOGRAGIAS, ni tampoco se allegaron las FACTURAS DEL PROVEDOR DEL MATERIAL DE OSTEOSINSTESIS EN DONDE SE RECLAMA 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.

De igual forma, llama poderosamente la atención en el presente proceso, es que las facturas donde se reclaman material de Osteosíntesis, se solicitan el pago de x número de material de osteosíntesis, pero la factura del proveedor que se anexa se relaciona menos de la cantidad que se esta solicitando en la factura presentada a la Compañía Mundial de Seguros S.A.

Todo lo anterior lo puede ver el despacho y la parte demandante, en el archivo Excel que se adjunta en el LINK que se anexa al presente recurso.

Ahora bien, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla – Sala Civil Familia ha determinado que los operadores judiciales tienen el deber de estudiar de oficio los títulos al momento de dictar sentencia ya sea de única, primera o segunda instancia, y traigo a colación aparte de la sentencia del 18 de octubre de 2019 que reza:

*“(...) Analizada todas estas disposiciones se advierte que en todas ellas se reiteran la naturaleza del contrato de seguro del SOAT para que se le apliquen las reglas particulares de este tipo de contrato y con relación a las reclamaciones que deben efectuar las IPS ante las aseguradoras en aras de obtener el pago del servicio de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, señalan que el documento debe ser anexados tales reclamaciones y en condiciones las mismas podrán prestar mérito ejecutivo.*

*Aspecto como esto considera este magistrado que van más allá del simple manejo de aspectos formales de un título ejecutivo, sino que conllevan es el cumplimiento de unas normas de carácter sustancial regulados en la ley que siempre en todo momento deben ser respetadas. Así pues para el pretendido recaude ejecutivo de la administración a que considera tener derecho el 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 correspondientes para agitarlas para generar un título ejecutivo de acuerdo a las reglamentaciones contrato seguro en lugar de pretender cubrir tal*

*carga con solamente las meras facturas expedidas unilateralmente por ella invocando unas normas jurídicas que no son aplicables al caso presente.*

*En ese sentido Considera es necesario esta corporación regresar a la norma original del artículo 1053 del código de comercio que habla sobre el mérito ejecutivo de la póliza de seguro numeral tercero, que fue modificado por el código general del proceso conserva su normatividad básica en que el título ejecutivo contra el asegurador debe ser la reclamación y no solamente la reclamación sino a la reclamación que lleve acreditada la ocurrencia del siniestro y su cuantía.*

*Así las cosas no era del caso entrar a averiguar si la aseguradora devolvió, objeto o glosó sobre las facturas dentro los términos establecidos por la ley, por el contrario no debió librarse mandamiento de pago puesto que no acompañarse a las facturas aportadas en documentos la reclamación y los documentos exigidos por las normas comerciales especiales antes citadas, no era posible determinar los precisos parámetros de la obligación, motivo por el cual estas facturas por sí solas no cumple con las exigencias legales para ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo. (...)"<sup>5</sup>*

De igual forma se trae a colación lo dispuesto en las sentencias: CSJ STC 4269 de 2015; CSJ STC 5272 de 2016; CSJ STC 14595 de 2017; que desarrollan puntos similares a la revisión del título y de los títulos ejecutivos complejos.

Al respecto la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sentado:

*"Para adelantar una acción ejecutiva es requisito esencial que exista un título ejecutivo, que constituye el instrumento por medio del cual se hace efectiva una obligación, sobre cuya existencia no cabe duda alguna. En ese orden, la ley procesal exige que el acto que presta mérito ejecutivo contenga una obligación clara, expresa y exigible, para que de ella pueda predicarse la calidad de título ejecutivo -art. 488 del Código de Procedimiento Civil-. En este sentido, ha dicho la Sala, en reiteradas oportunidades, que "Si es clara debe ser evidente que en el título consta una obligación sin necesidad de acudir a otros medios para comprobarlo. Que sea expresa se refiere a su materialización en un documento en el que se declara su existencia. Y exigible cuando no esté sujeta a término o condición ni existan actuaciones pendientes por realizar y por ende pedirse su cumplimiento en ese instante. (...)"<sup>6</sup>*

Por todo lo anteriormente mencionado, y analizando las facturas con la cual pretende la CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA S.A, exigir el pago dentro del presente proceso, es claro que por sí sola no puede proceder, pues es necesario que se integre el TITULO EJECUTIVO COMPLEJO con los documentos enunciados en el artículo 4 del decreto 3990 de 2007 y el artículo 26 del decreto 056 de 2015 por lo que queda claro que no se aportó el título ejecutivo complejo con el cual se puede establecer el mérito ejecutivo, y por tanto **NO PRESTA MÉRITO EJECUTIVO.**

<sup>5</sup> Sentencia de Fecha 18 de octubre de 2019 Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla – Sala Civil Familia, proceso ejecutivo radicado No. 0800131030520170025400, Dte: Clínica Jaller SAS, Ddo: Compañía Mundial de Seguros, MP Alfredo Castilla

<sup>6</sup> CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCION TERCERA, SUBSECCION C, Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO, Bogotá, D.C., siete (7) de marzo de dos mil once (2011), Radicación número: 05001-23-31-000-2010-00169-01(39948) Actor: CONCRECONIC S.A., Demandado: INSTITUTO NACIONAL DE VIAS-INVIAS-, Referencia: PROCESO EJECUTIVO CONTRACTUAL.

## 2. IMPOSIBILIDAD DE LIBRAR MANDAMIENTO DE PAGO EN EL PRESENTE ASUNTO POR NO SER EXIGIBLES LAS POLIZAS DE SOAT POR LA VIA EJECUTIVA, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1053 DEL CODIGO DE COMERCIO

Un aspecto que merece destacar corresponde al trámite de reclamaciones que formalicen “Las ENTIDADES CLÍNICAS y HOSPITALARIAS” ante las aseguradoras previsto en el numeral 6 del mencionado artículo 195 (Ley 100 de 1993, artículo 244, numeral 6), norma que debe interpretarse en armonía con el numeral 4 del mismo artículo que expresamente reconoce a “Los establecimientos hospitalarios o clínicos y a las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado” la titularidad “de la acción para presentar la correspondiente reclamación ante las entidades aseguradoras”. El trámite de esas reclamaciones actualmente se encuentra reglamentado por el Decreto 056 de 2015.<sup>7</sup>

Por ello, las compañías de seguros no suscriben ni celebran ningún tipo de convenio o negociación con las entidades prestadoras de servicios de salud, por lo que las facturas que se pretenden cobrar por la vía ejecutiva no son exigibles frente a mi representada, siendo que no se derivaban de servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito, del cual pueda concebirse que existe una obligación clara, expresa y exigible.

Es importante precisar que, en este caso, estamos tratando con un título ejecutivo de los denominados complejos, ya que a pesar de que debe ser claro, expreso, exigible y que provenga del deudor, se hace necesario el cumplimiento de los requisitos establecidos a lo largo de este escrito para el trámite referente a la reclamación, para el pago de indemnizaciones por la prestación de servicios médicos-hospitalarios a víctimas de accidentes de tránsito se deben regir por las normas especiales que regulan la materia como lo son el Decreto 663 de 1993 (EOSF), Decreto 056 de 2015, Decreto 780 de 2016 y las normas del contrato de seguro establecidas en el código de comercio.

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

### “ARTICULO 195. ATENCION DE LAS VICTIMAS.

(...)

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

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

Es decir, que para que las reclamaciones por indemnizaciones presentadas por las IPS a las aseguradoras presten merito ejecutivo además del cumplir con requisitos establecidos en el Decreto 056 de 2015 y Decreto 780 de 2016, se hace necesario el cumplimiento de los requisitos establecidos

<sup>7</sup> Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto No. 2012054519-003 del 21 de septiembre de 2012.

en el numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio que establece que “(...) **Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, 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).

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 póliza 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.

Igualmente se ha establecido que con la demanda se debe acompañar el, o los documentos sobre la existencia de una obligación clara, expresa y exigible, es decir, que se debe presentar copia de la póliza, la prueba de que reclamó y, finalmente, si ha contestado anexará la prueba de la respuesta, lo que no implica que exista objeción. En el evento del silencio dentro del plazo legal, le bastará afirmar al demandante la referida circunstancia sobre la no objeción.

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 3º 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.)”.*

De acuerdo con los argumentos planteados, es claro que en el proceso de la referencia la parte ejecutante omitió declarar en la demanda que efectivamente haya presentado una reclamación a mi representada aparejada de toda la documentación requerida por las normas y decretos que reglamentan las reclamaciones del seguro obligatorio para accidentes de tránsito, y mucho menos lograr acreditar que dichas reclamaciones no hayan sido objetadas por mi representada, tal como lo exige el numeral 3 del artículo 1053 del código de comercio.

## PETICIÓN

Conforme a los anteriores fundamentos de orden legal y probatorio, ratifico la interposición del presente recurso de reposición, por lo cual me permito solicitarle se sirva **REVOCAR** el auto de fecha 22 de julio de 2020 que libró mandamiento en contra de **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.** y en su lugar se abstenga de librar orden de pago.

## PRUEBAS Y ANEXOS

- Sentencia AC3571 – 2017 radicación 11001020300020170050700 Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil. 7 folios.
- Sentencia de primera instancia radicación 00038-2011 Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Barranquilla. 10 folios.
- Sentencia de Segunda instancia radicación 2011-00038 Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Civil Familia. 10folios.
- Sentencia de Segunda Instancia radicación 39426 radicado 080013103011201300160 Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Civil Familia. 6folios.
- Sentencia proferida por el juzgado 19 civil municipal de Barranquilla radicación 080014003016201200163 de fecha 15 febrero de 2019. 13 folios
- Auto de fecha 13 de agosto de 2013 radicación 2018-00581 Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Aguachica Cesar.8 folios
- CD DVD con Sentencia de Fecha 18 de octubre de 2019 Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla – Sala Civil Familia, proceso ejecutivo radicado No. 0800131030520170025400, Dte: Clínica Jaller SAS, Ddo: Seguros Generales Suramericana, MP Alfredo Castilla
- Cuadro de Excel donde se relacionan que documentos hacen falta por aportar la parte demandant.
- Las que obren en el expediente.

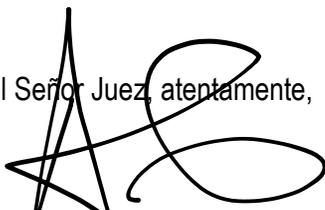
Los anteriores documentos pueden ser descargados en el siguiente link:

[DESCARGUE AQUÍ](#)

## NOTIFICACIONES

- El demandante en la dirección mencionada en la demanda.
- La sociedad COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., recibirá notificaciones en la dirección Calle 33 No. 6b-24 de la ciudad de Bogotá. Notificación electrónica [impuestomundial@seguromundial.com.co](mailto:impuestomundial@seguromundial.com.co)
- El suscrito recibirá notificaciones en el despacho del juzgado o en mi oficina de abogada situada en la Carrera 58 No 70-110 Oficina 4 piso 2 de la ciudad de Barranquilla y al correo [agomez@ompabogados.com](mailto:agomez@ompabogados.com)

Del Señor Juez, atentamente,



**ALEXANDER GOMEZ PEREZ**  
C.C. No. 1129.566.574 de Barranquilla  
T.P. No. 185.144 del C.S.J.  
M136- HAAF