

Barranquilla, 19 de abril de 2021

Doctora

CARMIÑA GONZÁLEZ ORTIZ

Magistrada Sustanciadora

SALA TERCERA CIVIL – FAMILIA

TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA

seccfbqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co

scf06bqlla@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D

PROCESO EJECUTIVO.

DEMANDANTE: CLÍNICA LA VICTORIA.

DEMANDADO: SEGUROS DEL ESTADO.

RAD: 08001310300920180022000

REF. RECURSO DE APELACIÓN CONTRA LA SENTENCIA ANTICIPADA

PROFERIDA POR EL JUZGADO 9 CIVIL DEL CIRCUITO DE
BARRANQUILLA EL PASADO 24 DE AGOSTO Y NOTIFICADA POR

ESTADO EL 25 DE AGOSTO DEL 2020.

GLADYS JOHANNA GONZALEZ FERNÁNDEZ, mayor de edad, domiciliada y residente en Barranquilla – Atlántico, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.950.869, portadora de la Tarjeta Profesional número 146.699 expedida por el C.S. de la Judicatura., obrando en calidad de Apoderada de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, por medio del presente escrito encontrándome dentro de la oportunidad legal, sustento el recurso de APELACIÓN CONTRA LA SENTENCIA ANTICIPADA PROFERIDA POR ESTE DESPACHO DE FECHA 24 DE AGOSTO Y NOTIFICADA POR ESTADO EL 25 DE AGOSTO DEL 2020.

1.- “EL A-QUO NO TUVO EN CUENTA LA LEGISLACIÓN Y NORMATIVIDAD QUE RIGE Y REGULA, LAS RECLAMACIONES DERIVADAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON CARGO A PÓLIZAS SOAT, TODA VEZ QUE APLICÓ SIN RIGOR JURÍDICO NORMAS QUE NO SE APLICAN AL CASO CONCRETO”.

Las reclamaciones materia de demanda se encuentran sujetas a condiciones impuestas por la ley 4747 de 2001 y el Decreto 3990 de 2007 Art. 4 (vigente para accidentes ocurridos antes del 2015) y 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 los cuales se señalan los requisitos y documentos que se deben allegar para solicitar el pago de las cuentas por gastos médicos y es claro que dentro del presente proceso la condición no ha sido cumplida por la demandante, además es claro que la factura por sí sola no prueba el derecho reclamado ya que esta simplemente hace parte de los requisitos para presentar la reclamación conforme al artículo 26 del Decreto 056 de 2015:

“Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la

*reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.4. **Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del presente decreto.**5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.”*

Similar posición se tomó por la **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA** al momento de resolver tutela interpuesta por **CLINICA LA VICTORIA contra el H. TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA** que pretendía que se librara mandamiento de pago, pretensión que no prosperó ni en primera ni en segunda instancia al declararse probada la excepción de inexigibilidad de los títulos base de ejecución, y consideró la Corte Suprema en la referida sentencia (STC2064-2020):

“ la normatividad llamada a regular el asunto era la relativa al cobro de las indemnizaciones derivadas de pólizas de seguro obligatorio por accidentes de tránsito, contenidas en los Decretos 663 de 1993, 3990 de 2007 y los artículos 1053 1077 del Código de Comercio y que tratándose del cobro de facturas atinentes a gastos médicos, la documentación necesaria para constituir el título ejecutivo complejo eran los Formularios de reclamación, según el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, certificado médico de atención, formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, la factura y fotocopia de la póliza”

Toda ésta legislación y normatividad no fue tomada en cuenta en el fallo que se censura, pues con acierto se citan en el auto que inicialmente negó el mandamiento de pago, pero brillan por su ausencia al momento de proferir el fallo de primera instancia.

Y es que es el mismo demandante quien para apoyar su solicitud de mandamiento de pago cita la normativa que gobierna la materia, luego no es descabellado también en aplicación de la misma ley, exigirle al demandante demostrar la exigibilidad de su pretensión la cual apoya en un título compuesto el cual no logró estructurar pues no cumplió con lo exigido por la misma norma.

Y es que, la misma Sala Civil de Casación de nuestra Corte Suprema de Justicia, ha presentado 5 salvamentos de voto ante la Sala Plena de esa misma corporación judicial (rad. APL2642-2017, APL1531 de 2018, APL4298 de 2018, APL2208 de 2019 y APL3861 de 2019), en donde explicó:

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

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

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

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

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

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

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

a) <Literal a) modificado por el artículo [244](#), numeral 2 de la Ley 100 de 1993. El texto es el siguiente:> A certificación sobre la ocurrencia del accidente. El Gobierno Nacional reglamentará la forma en que habrá de demostrarse la ocurrencia de éste. Será

prueba del mismo la certificación que expida el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario.

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

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

-Se resalta-

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

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

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

-Se resalta-

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

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

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

-Se resalta-

Tan es así, que el artículo 26 del Decreto 056 de 2015 y el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud N° 780 de 2016, indica:

«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 [furips]

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»

-Se resalta-

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

Tales soportes se encuentran contemplados en el numeral 8 literal B del anexo técnico N° 5 de la Resolución N° 3047 de 2008¹ expedida por el

¹ Modificada por las Resoluciones 416 de 2009, 3385 de 2011, 4331 de 2012 y 458 de 2013.

Ministerio de Salud y Protección Social, que regula como tales – *tratándose del servicio inicial de urgencias que señala la demandante* –, los siguientes:

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

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

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

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

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, dichas entidades podrán cruzar los datos que consten en las reclamaciones

presentadas, con aquellos disponibles en la base de datos SII ECAT, la base de pólizas expedidas y pagos realizados por las aseguradoras, y la base de datos de indemnizaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre otras.

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

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

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

Por tanto, el *a quo* debió evidenciar que una cosa es la glosa, cual debe formularse dentro de los 20 días siguientes a la formalización de la reclamación, lo que equivale a aportarse el FURIPS con los respectivos

soportes; y, otra, la formulación de la objeción, cuya oportunidad es de un mes, contada desde la radicación de la reclamación.

SEGUNDO REPARO:

“EL A-QUO NO VALORÓ LA PRUEBA OFRECIDA POR MI CLIENTE COMO RESPALDO PROBATORIO, ABSTENIÉNDOSE SIN RIGOR JURÍDICO, DE DARLE VALOR PROBATORIO A LA PRUEBA DOCUMENTAL Y TESTIMONIAL QUE VERTIRÍA EN EL JUICIO.”

Las guías que el *a quo* decidió desestimar y restarles valor probatorio respecto de las glosas que le fueron notificadas a la demandante, resultan prueba válida y eficaz para el efecto.

Ciertamente, al consultar la normatividad aplicable al caso, se logra establecer que no impone un medio específico de enteramiento a la reclamante, por ejemplo, el correo certificado. Al efecto, la Ley 1369 de 2009, vigente al momento de las remisiones de correspondencia entre las partes, así como la Resolución CRC 3038 de 2011, establecen como distintas clases de formas postales el servicio ordinario, que fue el empleado por SEGESTADO, para comunicar las objeciones y glosas que impiden la exigibilidad de las obligaciones cobradas.

Nótese, solicitar una forma de enteramiento o remisión postal de las glosas y objeciones a la IPS demandante, desborda los confines legales que trazó el legislador y regulador estatal.

Ciertamente, la Resolución 1645 de 2016, emitida por el Ministerio de Salud, *“Por la cual se establece el procedimiento para el trámite de las reclamaciones, con cargo a la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, y se dictan otras disposiciones”*; cuya finalidad es *“(…) establecer el procedimiento que contenga 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 (...)" y aplica a "(...) las personas naturales y jurídicas legitimadas para reclamar ante la Subcuenta ECAT del Fosyga, o quien haga sus veces, el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos previstos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993. Así mismo, aplica a las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, cuando así lo señale el presente acto"; nada establece formas concretas de comunicación de las glosas y objeciones, más no impone que deban hacerse por medio de correo certificado, veamos:*

**CAPÍTULO III.
OPORTUNIDAD PARA LA RADICACIÓN DE
RECLAMACIONES.**

(...)

ARTÍCULO 8o. RADICACIÓN OPORTUNA DE LA RECLAMACIÓN. Los reclamantes deberán radicar las reclamaciones ante la Subcuenta ECAT del Fosyga, o la entidad que haga sus veces, dentro del término establecido en el artículo anterior, el cual se contará a partir de la ocurrencia del hecho generador del derecho a reclamar, así:

**AMPARO
RECLAMADO**

Gastos por servicios de salud

Gastos de transporte y movilización a las IPS

**HECHO GENERADOR
DEL DERECHO**

A RECLAMAR

Atención en salud contado a partir de la fecha de egreso de la víctima, identificado en el soporte de la atención médica reclamada.

Traslado al primer centro en donde se preste la atención.

Indemnización
por muerte
y/o gastos
funerarios

Fallecimiento de la
víctima de acuerdo con la
fecha consignada en el
Registro Civil de
Defunción. En caso de
muerte presunta por
desaparecimiento, fecha
de ejecutoria de la
sentencia que la declaró.

Indemnización
por
incapacidad
permanente

Adquisición de firmeza del
dictamen de pérdida de
capacidad laboral.

PARÁGRAFO. Para los casos en los cuales medie una certificación de agotamiento de cobertura, de póliza falsa o de anulación de la póliza, la oportunidad para radicar se contabilizará a partir de la fecha en la cual el reclamante recibió dicha certificación; en ausencia de esta, se tendrá en cuenta la fecha de expedición del documento. Esta condición aplicará siempre que la fecha de recibo de la certificación sea posterior a la atención por la cual se reclama y no se haya emitido una certificación anterior.

CAPÍTULO IV. PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL PARA PAGO DE LAS RECLAMACIONES ANTE LA SUBCUENTA ECAT DEL FOSYGA.

ARTÍCULO 9o. ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO. Toda reclamación ante la Subcuenta ECAT del Fosyga o quien haga sus veces, surtirá para su verificación, control y pago, las etapas de: 1) prerradicación; 2) radicación; 3) auditoría integral; 4) comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo; y/o 5) pago, cuando este último proceda.

**SECCIÓN I.
ETAPA DE PRERRADICACIÓN.**

ARTÍCULO 10. ALCANCE. Tratándose de IPS, la etapa de prerradicación inicia con la identificación del servicio que será objeto de reclamación y el alistamiento documental de medios físicos y magnéticos de la misma, los cuales deben presentarse ante el Fosyga o quien haga sus veces de manera independiente para reclamaciones de primera vez o respuesta a resultados de auditoría y concluye con el recibo del medio magnético cuando este cumple con los parámetros técnicos exigidos para su generación, o su rechazo en caso contrario.

(...)

ARTÍCULO 11. PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES ANTE EL FOSYGA O QUIEN HAGA SUS VECES. Las IPS presentarán sus reclamaciones de primera vez ante el Fosyga o quien haga sus veces, **dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes.** La respuesta a los resultados de la auditoría se radicará entre el día 16 y el último día hábil de cada mes.

(...)

ARTÍCULO 12. DESARROLLO DE LA ETAPA DE PRERRADICACIÓN. Durante esta etapa y de manera previa a la presentación de la reclamación, los reclamantes diligencian el formulario correspondiente y gestionan el alistamiento documental de los soportes exigibles en cada caso.

Adicionalmente, las personas jurídicas generan los medios magnéticos de acuerdo al tipo de amparo a reclamar, los cuales deben ser validados, encriptados a través del software que para tal fin se destine y firmados digitalmente para la entrega al Fosyga o quien haga sus veces.



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

El Fosyga o quien haga sus veces, al momento de la presentación de la reclamación, en el caso de personas jurídicas, verificará el cumplimiento de los parámetros técnicos exigidos para la generación del medio magnético y, en el caso de personas naturales, el completo diligenciamiento del formulario que para el efecto adopte este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, así como la consistencia de la información contenida en dicho formulario respecto de los soportes anexos a la reclamación en los campos correspondientes a los datos de la víctima y del beneficiario (nombres y apellidos y tipo y número de documento).

Para los casos en los cuales se genere rechazo de la reclamación por incumplimiento de los requisitos para la presentación, este será comunicado al reclamante de manera inmediata, señalando la causal correspondiente y haciendo entrega de los medios físicos recibidos. Cuando el reclamante no se encuentre presente, el rechazo le será comunicado a través de correo certificado, en un término no mayor a diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación al Fosyga, al cual se adjuntarán los soportes recibidos.

PARÁGRAFO. Las personas jurídicas serán responsables de la custodia de la información contenida en el medio magnético y deberán garantizar su calidad, seguridad, disponibilidad e integridad hasta su recibo por parte del Fosyga o quien haga sus veces. Las personas naturales deberán presentar el formulario y los soportes de la reclamación debidamente foliados, completos, legibles y nítidos.

SECCIÓN II. ETAPA DE RADICACIÓN.

ARTÍCULO 13. ALCANCE. Inicia con el recibo de los soportes físicos de las reclamaciones que hubieren superado la etapa de pre radicación y culmina con el

cargue de la información de cada reclamación al sistema de información del Fosyga o quien haga sus veces, o en su defecto, con el reporte de rechazo y devolución de los soportes físicos recibidos a los reclamantes.

ARTÍCULO 14. CIERRE DEL PERIODO DE RADICACIÓN. La fecha de cierre del periodo de radicación para el caso de reclamaciones de primera vez, presentadas por personas jurídicas, **será el día quince (15) calendario de cada mes y el último día calendario de cada mes cuando correspondan a respuestas a resultados de auditoría (...)**

ARTÍCULO 15. DESARROLLO DE LA ETAPA DE RADICACIÓN. Durante esta etapa, el Fosyga o quien haga sus veces, realizará la digitalización y tipificación de los soportes físicos de las reclamaciones que superaron la etapa de pre radicación, posterior a lo cual se realizará en el caso de reclamaciones presentadas por persona jurídica, el cotejo de la información suministrada en el medio físico respecto de la entregada en el medio magnético en los campos correspondientes al tipo y número de documento de la víctima y número de la factura de venta. Si el resultado de esta comparación arroja identidad en los datos, se procederá al cargue de la información en el sistema de información del Fosyga o en su defecto el rechazo de la misma, el cual le será comunicado al reclamante a través de correo certificado, en un término no mayor a diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación.

(...)

PARÁGRAFO 1o. Los documentos soporte de las reclamaciones físicas deberán estar foliados, completos, ser legibles, nítidos y veraces. Esta información deberá guardar identidad con la remitida en los medios magnéticos.

(...)



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

SECCIÓN III. ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL.

ARTÍCULO 16. ALCANCE. Inicia con el cargue de la información de las reclamaciones al sistema de información del Fosyga o quien haga sus veces y concluye con la certificación de cierre del paquete en el mismo.

ARTÍCULO 17. DESARROLLO DE LA ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL. Durante esta etapa, que se desarrolla dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre del periodo de radicación, el Fosyga o quien haga sus veces realiza la validación del cumplimiento de los aspectos mínimos de verificación consignados a continuación, mediante el análisis de la información suministrada por el reclamante en las etapas de pre radicación y radicación:

A. Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud:

1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo al instructivo correspondiente.

2. Que la información contenida en los medios magnéticos del formulario de que trata el numeral anterior, sea consistente con los soportes físicos de la reclamación.

3. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.

4. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo [73](#) de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.
5. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por el Fosyga o por otra entidad, en los términos del Decreto número [056](#) de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
6. Que exista relación de los servicios y tecnologías en salud reclamados con el evento que origina la reclamación.
7. Que los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentren soportados en los documentos de epicrisis o resumen de atención, según corresponda.
8. Que en la factura de venta o documento equivalente generado por el reclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.
9. Que el valor de los ítems facturados y reclamados se encuentre liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.
10. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.
11. Que los servicios de salud cobrados se encontraban habilitados por el reclamante para la fecha de prestación de los mismos.
12. Que la entidad reclamante sea la misma que prestó el servicio de salud.
13. Que la víctima existía al momento de la prestación del servicio de salud.
14. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número [056](#) de 2015 o

la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.

15. Que los servicios de salud reclamados se prestaron a la víctima por la cual se reclama.

(...)

PARÁGRAFO 1o. La validación del cumplimiento de criterios se efectuará de conformidad con lo establecido en el Manual de Auditoría que adopte este Ministerio, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

(...)

ARTÍCULO 18. RESULTADO DE LA ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL. Producto de la auditoría integral de las reclamaciones, el Fosyga o quien haga sus veces, aplicará uno de los siguientes estados:

Aprobado: Cuando todos los ítems de la reclamación cumplen con los criterios señalados en la normativa vigente.

Aprobado parcial: Cuando alguno o algunos de los ítems de la reclamación cumple(n) con los criterios señalados en la normativa vigente.

No aprobado: Cuando todos los ítems de la reclamación no cumplen con los criterios señalados en la normativa vigente.

PARÁGRAFO. Con las reclamaciones que han sido objeto de auditoría y consecuentemente tienen un estado asociado, se conformará un paquete, de acuerdo con el tipo de reclamante, periodo de radicación, mecanismo de auditoría y tipo de presentación (nuevo/respuesta a resultado de auditoría). Dicho paquete será objeto de

validaciones de calidad, generando como consecuencia los ajustes a los que haya lugar.

ARTÍCULO 19. CERTIFICACIÓN DE CIERRE EFECTIVO. Posterior a las validaciones de calidad, los paquetes conformados serán objeto de certificación de cierre efectivo en el Sistema de información del Fosyga o quien haga sus veces.

**SECCIÓN IV.
ETAPA DE COMUNICACIÓN DEL RESULTADO DE
AUDITORÍA Y RESPUESTA AL MISMO.**

ARTÍCULO 20. ALCANCE. Inicia con la certificación del paquete de reclamaciones en el Sistema de información del Fosyga o quien haga sus veces y culmina con la custodia o devolución de las reclamaciones con estado definitivo.

ARTÍCULO 21. DESARROLLO DE LA ETAPA. Esta etapa se desarrolla de manera paralela a la etapa de pago tratándose de reclamaciones con resultado de auditoría aprobado o aprobado parcial y en ella el Fosyga o quien haga sus veces comunica al reclamante el resultado de la auditoría integral practicada a sus reclamaciones.

ARTÍCULO 22. COMUNICACIÓN DEL RESULTADO DE AUDITORÍA A LOS RECLAMANTES. El Fosyga o quien haga sus veces comunicará el resultado de la auditoría integral efectuada a cada una de las reclamaciones, durante los diez (10) días calendario siguientes a la emisión de la certificación de cierre efectivo del paquete, a través del correo electrónico previamente habilitado y autorizado o, en su defecto, mediante comunicación remitida a través de correo certificado a la dirección registrada en el formulario o en la base de datos del Fosyga según corresponda.

La comunicación deberá contener como mínimo la siguiente información:

- a) Fecha de expedición de la comunicación;
- b) Número de paquete del cual hace parte la reclamación;
- c) Para persona natural, el detalle de todas las glosas aplicadas con su respectiva descripción y notas aclaratorias si las tiene. Para personas jurídicas, la ruta de acceso para consultar en la página web, el reporte del resultado de auditoría integral que incluirá el detalle de todas las reclamaciones, las glosas aplicadas a cada una de ellas o al ítem que corresponda con su respectiva descripción y notas aclaratorias si las tiene;
- d) El término de respuesta al resultado de la auditoría y la consecuencia jurídica que se generaría por no ejercer este derecho.

Adicionalmente, el Fosyga o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de certificación de cierre efectivo, comunicará a los reclamantes mediante publicación en su página web que el resultado de la auditoría a las reclamaciones del paquete correspondiente al periodo de radicación respectivo se encuentra disponible para su consulta.

ARTÍCULO 23. RECIBO DE LA COMUNICACIÓN DEL RESULTADO DE AUDITORÍA. Para los efectos de los procesos de reclamación que se adelanten con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga, o quien haga sus veces, se entenderá comunicado el resultado de auditoría al reclamante, en la fecha en la cual este recibe tal comunicación. A partir de esta fecha se contabilizará el término para dar respuesta al resultado de auditoría y/o para que la reclamación adquiera un estado definitivo.

En todo caso, si no se recibe constancia de recibo de la comunicación por correo certificado, el resultado de auditoría se entenderá recibido por el reclamante un mes después de la publicación en la página web del Fosyga de que trata el artículo anterior.

ARTÍCULO 24. RESPUESTA AL RESULTADO DE AUDITORÍA.

El reclamante podrá dar respuesta al resultado de auditoría, subsanando u objetando en una única oportunidad la totalidad de glosas aplicadas, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de la auditoría integral, aportando los documentos que correspondan o sustentando en forma concreta los motivos de objeción a la glosa. La objeción no puede versar sobre nuevos hechos ni debatir argumentos diferentes a los contenidos en el resultado de la auditoría.

Para el efecto, el reclamante deberá diligenciar el respectivo formulario y anexo técnico, según corresponda, señalando que se trata de una respuesta al resultado de auditoría, para lo cual relacionará el número de radicado de la reclamación sobre la cual está presentando la respuesta. Las IPS no podrán incluir reclamaciones de primera vez en la respuesta a resultados de auditoría.

Si el reclamante no da respuesta al resultado de auditoría en el término de dos (2) meses contado a partir del recibo de la comunicación, se entenderá que aceptó la glosa impuesta, con lo cual, el respectivo ítem adquiere con carácter definitivo el estado “no aprobado”.

La respuesta a los resultados de auditoría se tramitará en el término de dos (2) meses, surtirá las mismas etapas del procedimiento de verificación y control para pago de las reclamaciones ante el Fosyga o quien haga sus veces y será objeto de comunicación a los reclamantes en las mismas condiciones establecidas en los artículos [22](#) y [23](#) del presente acto administrativo, indistintamente de la fecha de presentación de la reclamación inicial.

PARÁGRAFO 1o. Siempre que en la respuesta a los resultados de auditoría el reclamante aporte un nuevo documento, este será objeto de una auditoría integral

complementando la realizada a la reclamación inicial y solo respecto de este nuevo documento será posible la aplicación de una nueva glosa, la cual podrá ser objeto de respuesta por una única oportunidad.

PARÁGRAFO 2o. Cuando el término de dos (2) meses de que trata el presente artículo concluya en un día fuera del periodo de pre radicación, se habilitará a las IPS el siguiente periodo de pre radicación para tal fin.

PARÁGRAFO 3o. Cuando se identifique por parte de un mismo reclamante el doble cobro de una reclamación o ítem de la misma o cuando las personas jurídicas radiquen la respuesta al resultado de auditoría sin indicar el número de radicado completo y exacto de la radicación inicial, esta situación se pondrá en conocimiento de las entidades de inspección, vigilancia y control del sector para lo de su competencia.

ARTÍCULO 25. CUSTODIA DE RECLAMACIONES. Las reclamaciones cuyo resultado de auditoría sea no aprobado, serán objeto de custodia por el Fosyga, a través de la firma auditora de reclamaciones, o quien haga sus veces, durante el término de respuesta previsto en el artículo anterior. Si pasado este tiempo, dicha reclamación no fue objeto de respuesta por parte del reclamante, se entenderá por aceptada la glosa y se procederá dentro del mes siguiente a la devolución definitiva de la reclamación. En caso que no sea posible la devolución de la reclamación, esta será objeto de custodia por el Fosyga o quien haga sus veces, por el término dispuesto en la normativa vigente.

Por tanto, nunca podrá estar en presencia de una obligación coercible cuando se cumple con el enteramiento de la glosa u objeción. Al fin y al cabo, en el proceso de emisión de la factura o la reclamación, el Asegurador no interviene sino se le presenta, y, presentándolas, es el Asegurador quién determina la procedencia del pago, o, en su defecto, un Juez, incluyendo a la Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia Nacional de Salud, esta última, según la Ley 1122 de

2007 artículo 41, modificada por la Ley 1949 de 2019; entonces, si en la confección del acto administrativo o título ejecutivo empleado debe intervenir un Juez en su proceso de formación de manera previa a su ejecutividad, es claro, no existe la mínima posibilidad que la administración se abrogue una competencia que le resulta totalmente ajena.

Sobre este particular llamamos a colación la Resolución 1915 de 2008 - modificada por la Resolución 1136 de 2012 - emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que adoptó el denominado «*Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos (Furips)*»; y regula, respecto al pago de la indemnización, en su artículo 6, lo siguiente:

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

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

-Se resalta-

Empero, el hecho decimosegundo de la demanda, que debió valorarse como confesión (art. 193, CG del P), se pasó por alto por el *a quo*, sin ninguna explicación. Allí, la misma demandante indicó que el valor insoluto de las reclamaciones obedeció a las recepción de glosas y objeciones, veamos:



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

No.	FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACION	VALOR RADICADO	MONTO	CAUSAL DE DEVOLUCION
1	2192	30/04/2016	18/05/2018	\$ 1.007.752,00	\$ 777.252,00	PERTINENCIA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS
2	4398	10/09/2016	13/10/2016	\$ 231.700,00	\$ 231.700,00	INCONSISTENCIAS EN SOPORTES QUE CONFORMAN LA RECLAMACION
3	7171	20/12/2016	9/02/2017	\$ 78.700,00	\$ 78.700,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
4	8159	22/01/2017	20/02/2017	\$ 624.700,00	\$ 624.700,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
5	8176	22/01/2017	1/03/2017	\$ 375.040,00	\$ 98.240,00	INCONSISTENCIAS EN SOPORTES QUE CONFORMAN LA RECLAMACION
6	8624	16/02/2017	24/05/2017	\$ 3.625.450,00	\$ 3.625.450,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
7	9219	27/02/2017	24/05/2017	\$ 1.219.950,00	\$ 578.750,00	PERTINENCIA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS
8	11038	26/04/2017	20/06/2017	\$ 522.787,00	\$ 522.787,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
9	11654	22/05/2017	30/06/2017	\$ 358.700,00	\$ 137.900,00	PERTINENCIA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS
10	11677	23/05/2017	6/07/2017	\$ 84.100,00	\$ 84.100,00	INCONSISTENCIAS EN SOPORTES QUE CONFORMAN LA RECLAMACION
11	12441	15/06/2017	27/06/2017	\$ 10.033.629,00	\$ 4.360.126,00	PERTINENCIA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS
12	12444	15/06/2017	27/06/2017	\$ 8.961.711,00	\$ 5.215.523,00	PERTINENCIA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS

5742 2945
12444
310 501 8014

13	13037	30/06/2017	1/08/2017	\$ 3.659.060,00	\$ 788.950,00	INCONSISTENCIAS EN SOPORTES QUE CONFORMAN LA RECLAMACION
14	13971	31/07/2017	15/09/2017	\$ 19.344.998,00	\$ 2.650.100,00	PERTINENCIA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS
15	13982	31/07/2017	15/09/2017	\$ 1.629.900,00	\$ 1.629.900,00	PERTINENCIA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS
16	14766	28/08/2017	28/09/2017	\$ 6.829.357,00	\$ 6.829.357,00	PERTINENCIA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS
17	15752	29/09/2017	10/11/2017	\$ 84.100,00	\$ 84.100,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
18	17206	6/11/2017	15/12/2017	\$ 240.500,00	\$ 240.500,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
19	17290	9/11/2017	18/12/2017	\$ 295.900,00	\$ 295.900,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
20	17433	14/11/2017	25/01/2018	\$ 10.913.452,00	\$ 10.913.452,00	POLIZA PRESTADA
21	17436	14/11/2017	13/01/2018	\$ 17.988.326,00	\$ 17.988.326,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
22	17774	24/11/2017	21/12/2017	\$ 887.737,00	\$ 887.737,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
23	17781	24/11/2017	13/01/2018	\$ 1.675.950,00	\$ 1.675.950,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
24	17892	26/11/2017	21/12/2017	\$ 553.880,00	\$ 553.880,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
25	17894	27/11/2017	29/12/2017	\$ 3.839.584,00	\$ 3.839.584,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
26	17919	28/11/2017	29/12/2017	\$ 3.954.224,00	\$ 3.954.224,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
27	17922	28/11/2017	29/12/2017	\$ 18.104.660,00	\$ 18.104.660,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
28	17960	29/11/2017	21/12/2017	\$ 232.400,00	\$ 232.400,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
29	17965	29/11/2017	29/12/2017	\$ 471.100,00	\$ 471.100,00	POLIZA PRESTADA
30	17996	1/12/2017	29/12/2017	\$ 9.463.365,00	\$ 1.335.700,00	POLIZA PRESTADA
31	18040	1/12/2017	29/12/2017	\$ 207.500,00	\$ 207.500,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
32	18043	1/12/2017	21/12/2017	\$ 431.887,00	\$ 431.887,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
33	18054	1/12/2017	21/12/2017	\$ 245.900,00	\$ 245.900,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
34	18105	1/12/2017	29/12/2017	\$ 84.100,00	\$ 84.100,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
35	18109	1/12/2017	29/12/2017	\$ 84.100,00	\$ 84.100,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
36	18144	1/12/2017	25/01/2018	\$ 4.685.040,00	\$ 4.685.040,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
37	18210	4/12/2017	29/12/2017	\$ 803.145,00	\$ 830.145,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
38	18236	5/12/2017	29/12/2017	\$ 84.100,00	\$ 84.100,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO
39	18248	5/12/2017	29/12/2017	\$ 9.323.648,00	\$ 9.323.348,00	NO ACCIDENTE DE TRANSITO

El Defensor del Consumidor Financiero es: Dr. Manuel Guillermo Rueda S. Dir.: Calle 28 13A-24 Of. 517 Bogotá D.C. Tel. 751 8874 E-mail: defensoriaestado@gmail.com

OFICINA PRINCIPAL: Carrera 11 N° 90-20 BOGOTÁ D.C. Conmutador: 2186977 - 6019330
LINEA DE ASISTENCIA: EN BOGOTÁ 3078288 – CELULAR #388 – FUERA DE BOGOTÁ 018000 12 30 10
www.segurosdelestado.com

Es decir, que la demandada recibió las glosas y objeciones, y, ello, además, se corroboró con las guías de envío de las mismas, que el *a quo* simplemente dejó desprovistas de poder demostrativo, por el hecho de no corresponder a correo certificado.

Por otra parte, no tuvo en cuenta los pagos realizados a las reclamaciones porque estableció que las copias aportadas por ser simples carecían de valor probatorio, interpretación esta que ya fue desestimada por la Corte Suprema de Justicia en cuanto al valor probatorio de las copias simples, las cuales gozan de plena validez.

Además, desestimó el testimonio solicitado por considerarlo inconducente, cuando con su declaración no solo se pretendía demostrar pagos y movimientos contables, sino las demás excepciones que evidencian que la clínica no cumplió con su obligación de demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

El decreto 4747 del 2007 faculta a las entidades responsables del pago de servicios de salud para formular y comunicar a los prestadores de dichos servicios, glosas y/ objeciones a las reclamaciones que por éstos conceptos se hagan, ahora bien, nada se dijo para desvirtuar la gran cantidad de éstas glosas y objeciones, situación ésta que entra a reforzar la posición de que dichas obligaciones no son claras, expresas y exigibles, y no solo sería la prueba documental, pues en el interrogatorio de parte al representante legal de la entidad demandante solicitado, se podía establecer que algunas de las facturas que se pretenden cobrar ejecutivamente ya pudieron haber sido canceladas y aun así se pretende su reclamación, desvirtuando así la naturaleza del presente proceso al pretender darle un carácter de proceso declarativo, es decir, que sea el señor Juez que declare sobre qué facturas se presta mérito ejecutivo y sobre cuáles no, cuando es el propio demandante quien debe procurar que el título reclamado ejecutivamente sea claro, expreso y exigible.

TERCER REPARO:

**INTERPRETACIÓN ERRADA SOBRE LOS DOCUMENTOS QUE SE
PRETENDEN HACER VALER COMO TÍTULO BASE DE LA EJECUCIÓN**

El demandante allegó con la demanda, una serie de reclamaciones o documentos equivalente para obtener el pago de servicios de salud, supuestamente prestados por la demandante a personas que tienen accidentes de tránsito, donde se encuentran involucrados vehículos que cuentan con póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito expedidas por la demandada, sin embargo, se observa que dichas reclamaciones NO se encuentran acompañadas de los soportes necesarios, para efectos del cobro del servicio de salud supuestamente prestado, bástese ver el escrito de demanda y sus anexos para acceder a tal conclusión, por lo que no se encuentra conformado en debida forma el título, que de acuerdo con la norma y la doctrina legal que rige este tipo tan especial de títulos valores complejos, como por ejemplo 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) se evidencia con claridad que no fueron aportados los documentos exigidos por dichas normas para complementar la obligación, por lo cual no le asiste razón a la demandante al señalar que ha cumplido con la obligación de allegar al proceso un documento que soporte una obligación clara, expresa y exigible, como lo reclama el legislador para este tipo títulos complejos; nótese su Señoría que a las reclamación s, no se le anexó los documentos requeridos, como por ejemplo el Formulario único de reclamación para instituciones prestadoras de salud, etc.

Lo anterior teniendo en cuenta el pronunciamiento del H. Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá rad 2018-198 proveniente del Juzgado 35 civil del Circuito de Bogotá, mediante auto de 29 de mayo de 2019, que confirma la revocatoria del mandamiento de pago como quiera que al ser un título complejo deben aportarse todos los documentos para su integración, “ En el caso subexamine se corroboro cada una de las reclamación s adosadas al expediente y en efecto carecen de los anexos

que sirven de soporte para la reclamación del título complejo, y en particular del formulario de reclamación debidamente diligenciado ante el Fosyga sumando a ellos las reclamaciones, solo cuentan con el sello impreso de recibido por parte de seguros del estado SOAT Siniestros, pero carecen de nombre e identificación y nota de aceptación, por ello se concluye que las reclamaciones aportadas no cumplen con los soportes que impone el artículo 26 del Decreto 056 de 2015 y artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016 para soportar la ejecución y ser valorado en forma conjunta, esto es, como título complejo.

Por lo discurrido, resulta procedente despachar desfavorablemente la aspiración del recurrente, y en ese orden se confirma el auto objeto de apelación, ya que, bajo los preceptos normativos reseñados, no es posible librar la orden de apremio reclamada por la ejecutante, en tanto que los instrumentos arrojados como base del recaudo no reúnen los requisitos de ley para que el juez de instancia libre mandamiento de pago”. (Adjunto auto).

Esta postura ha sido reiterada en procesos de estas mismas condiciones, tal como se observa en la decisión anterior y en la proferida por el Juzgado 28 civil del Circuito de Bogotá Rad. 2018-577 mediante auto de 11 de octubre de 2019, el cual al observar que no se aportaron la totalidad de los documentos legalmente exigidos revoco el mandamiento de pago

Similar posición se tomó por la Corte Suprema de Justicia al momento de resolver tutela interpuesta por una Clínica que pretendía que se librara mandamiento de pago, pretensión que no prosperó ni en primera ni en segunda instancia al declararse probada la excepción de inexigibilidad de los títulos base de ejecución, y consideró la Corte Suprema en la referida sentencia (STC2064-2020),

“ la normatividad llamada a regular el asunto era la relativa al cobro de las indemnizaciones derivadas de pólizas de seguro obligatorio por accidentes de tránsito, contenidas en los Decretos 663 de 1993, 3990 de 2007 y los artículos 1053 1077 del Código de Comercio y que tratándose del cobro de reclamaciones atinentes a gastos médicos, la documentación necesaria para constituir el título ejecutivo complejo eran los Formularios de reclamación, según el formato adoptado por el Ministerio de la

Protección Social, certificado médico de atención, formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, la reclamación y fotocopia de la póliza”

Finalmente me permito reiterar lo sostenido que las reclamaciones por sí solas no son título ejecutivo en lo que respecta a Soat, toda vez que son un título complejo, título éste que brilla por su ausencia, ya que no fueron aportados la totalidad de documentos exigidos por la ley aplicable, tal cual como lo manifestó la Corte Suprema de Justicia de manera particular en la sentencia STC 2064-2020 Radicación N° 11001-0203-000-2020-00426-00., sentencia que fuera confirmada en segunda instancia y resuelta por la Sala de Casación Laboral, Magistrado Ponente IVAN MAURICIO LENIS GOMEZ mediante fallo con radicado 88735 Acta 12 del 15 de abril de 2020, confirmándola en su integridad

“En efecto, la revisión del expediente y, particularmente de lo acontecido en la audiencia celebrada el 9 de diciembre de 2019, no pone en evidencia ningún menoscabo de las prerrogativas incoadas, pues nótese que para definir el <<recurso de apelación>>, la Magistratura inculpada, partió de una legítima exégesis del artículo 422 del Código General del Proceso y de los preceptos que disciplinan el cobro de las <<reclamaciones>> relacionadas con la <<prestación de servicios de salud derivados de la ocurrencia de accidentes de tránsito>>, que le sirvió para dar respuesta a las dudas subyacentes en la impugnación, en sus palabras, si <<¿En la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito las obligaciones pueden constar en un único documento?>> y <<¿Si la sola reclamación por prestación de servicios de salud constituye un título ejecutivo?>>. En tal sentido, señaló:

(...) Sobre los documentos que constituyen todo título ejecutivo, el artículo 422 del Código General del Proceso es muy claro en señalar que pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documento y que provengan del deudor o de su causante. Sobre la discusión en este asunto, sobre si se trata o no de un título ejecutivo complejo la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia STC1808 (¿?) del 2 de noviembre de 2017, radicación 15001-22-13-000-2017-00637-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa, señaló expresamente que

un título ejecutivo complejo puede estar constituido por varios que en conjunto demuestren la existencia de una obligación.

Veamos entonces si para el evento de la prestación de los servicios de salud derivados de accidente de tránsito el título ejecutivo que se requiere es de carácter complejo o basta con un único documento, es decir, con la factura de prestación de servicios que fue la que la parte demandante presentó.

Sobre la factura de prestación de servicios el artículo 1° del inciso segundo de la Ley 1231 de 2008, señala “No podrá librarse reclamación alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito”. En materia de prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito con cargo a la póliza SOAT que expiden las aseguradoras, los requisitos de las reclamaciones se encuentran definidos en el artículo 33 del Decreto 56 de 2015 y los artículos subsiguientes que lo desarrollan. La norma señala: “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”.

Las normas del citado decreto que reglamentan los requisitos que debe contener esta especie de reclamación los artículos 26, 31 y 32; el 26 señala cuáles son los soportes, indica cuáles son los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud y enumera los documentos así: 1. Formulario de reclamación. 2. Epicrisis o resumen clínico. 3. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica y, por último, el original de la factura, aclarando que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del decreto de que estamos hablando.

El artículo 31 del mismo Decreto señala: “Contenido de la Epicrisis” (...) Luego el parágrafo indica que los requisitos contenidos en el presente artículo aplican para las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud y deben cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes. El artículo 32 ya señalado indica qué debe contener el resumen de atención clínica y en el mismo parágrafo dice que deben presentarse como soporte de las reclamaciones por servicios de salud.

Así que de las normas transcritas es muy claro extraer que en la prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito para el cobro de obligaciones a cargo de la aseguradora que expide la póliza debe existir reclamación escrita que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, documento que además debe estar acompañado de epicrisis o resumen clínico, de historia clínica con los datos y anexos que señala y que exige la norma atrás citada. Es preciso señalar que la pertinencia de los soportes que deben acompañar esta especie de reclamación s se encuentra establecida en el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, el cual regula las relaciones entre los prestadores y cualquier tipo de entidad responsable del pago de los servicios de salud. La norma, artículo 21, indica: “Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deben presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio” (¿?) en el caso de las reclamación s de prestación de servicios se exige que estas se expidan en razón de los servicios efectivamente prestados, artículo 2 de la Ley 1231 de 2008, las relacionadas con la prestación de servicios de salud originados (¿?) en accidentes de tránsito deben estar acompañadas de los documentos que soportan la reclamación ante la aseguradora, más los anexos antes enunciados.

En consecuencia, para el caso de las obligaciones provenientes de la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito, estas obligaciones no pueden constar en documento único, porque la ley exige

otros soportes que demuestran la existencia de la obligación a cargo de la aseguradora responsable del pago.

Por lo tanto, en el presente asunto la sola factura no constituye título ejecutivo, porque este último tiene carácter de complejo, ya que debe estar integrado con otros documentos exigidos por las disposiciones reglamentarias y aplicables. En consecuencia, no le asiste razón al recurrente, en el sentido que los únicos requisitos exigidos para el pago de los servicios de salud son los previstos en el artículo 772 y subsiguientes del Código de Comercio para el caso de la reclamación, ni que se trata de un título ejecutivo de carácter singular.

Ahora, siendo estos requisitos de orden sustancial, es decir, los relativos a la integración del título ejecutivo complejo, porque la ley los exige en este caso, se advierte que no se trata de una mera formalidad que pueda ser analizada en virtud del recurso de reposición contra el mandamiento de pago, por lo que bien podía el juez verificar la ocurrencia de estos en la sentencia que resolvió las excepciones de mérito. Además, que aun cuando el juez decidió desfavorablemente la reposición contra el mandamiento de pago, señalando que estaban cumplidos los requisitos formales del título, esta circunstancia no es óbice para que, de oficio o en cualquier momento, o en la sentencia de primera o en la de segunda instancia, se vuelvan a examinar todos los requisitos del título. Así lo ha reiterado la doctrina de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia (¿?) del 14 de marzo de 2019, radicación 25000-22-13-000-2019-00018-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa.

En consecuencia, como en el presente asunto la demanda ejecutiva sólo se acompañó de reclamación s de prestación de servicios, mas no de los documentos que componen jurídicamente el título complejo, la decisión acertada es la de no seguir adelante la ejecución y dar por probada la excepción de mérito denominada “inexigibilidad de los títulos (¿?) base de la ejecución”. Por tanto se confirmará la decisión apelada, con costas a cargo de la parte demandante (cfr. minutos 37:36 a 48:33, en el registro).

Se debe tener presente, que tratándose de ejecución como la que promueve el actor, el título ejecutivo es complejo conformado no solamente por las reclamaciones con el lleno de los requisitos exigidos por el Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008, sino que debe allegarse los soportes exigidos por los Decretos anteriormente señalados, que aplica en la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago.

Para este efecto, el entonces Ministerio de protección social, expidió la Resolución 3047 de 2008, la cual en el artículo 12 (Artículo modificado por el artículo 4 de la Resolución 4331 de 2012), señaló que

“Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto número 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico número 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos – CUM –, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente – Consecutivo – ATC”

Conforme el precitado artículo, el Ministerio expidió el anexo técnico número 5, que define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deben ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de tales servicios, el cual igualmente establece los soportes que deben adjuntarse a las reclamaciones, de acuerdo con el tipo de servicio prestado.

Aplicando lo anteriormente señalado al caso concreto, se observa que las facturas libradas por la actora, no se ajustan a lo dispuesto por el anexo técnico 5 de la Resolución 3047 de 2008.

Es evidente que las reclamaciones demandadas carecen de los soportes exigidos en el anexo técnico 5 para cada clase de servicios, como lo son la autorización o aval para la prestación del servicio por parte del responsable de su pago, epicrisis, resultado de los exámenes de apoyo de

diagnóstico, descripción quirúrgica, comprobante de recibido del usuario, orden y/o fórmula médica, historia clínica entre otras.

En conclusión, a ninguna de las reclamaciones que respaldan la prestación del servicio médico aportadas como título base de la ejecución le fueron acompañados los soportes exigidos para esta especial clase de títulos valores, los cuales resultan necesarios para exigir el pago de las obligaciones demandadas.

A tono con lo anterior, el *a quo* dejó valorar que la misma demandada en el hecho 12 de la demanda, dejó en claro que se efectuaron pagos sobre las reclamaciones, y, de suyo, fácil era advertir que los saldos fueron glosados u objetados.

CUARTO REPARO:

“EL A-QUO APLICÓ CONTRARIANDO EL DERECHO, UN RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN DE LAS RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON CARGO A PÓLIZAS SOAT, QUE NO ES CORRECTO, TODA VEZ QUE EN ESTE ASUNTO NO SE DEBIÓ TENER EN CUENTA LA PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CAMBIARIA, SINO LA DEL CONTRATO DE SEGURO, QUE ES DE DOS AÑOS.”

Para sustentar éste punto de disenso, me permito precisar de manera sucinta algunos de los términos en que fue contestada la demanda y que no fueron tenidos en cuenta para la Juez de primera instancia; entonces el régimen de prescripción aplicable a este tipo de Seguros es el consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio que señala:

“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento

del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.”

Se observa de manera clara que las pretensiones reclamadas derivan de una acción contractual y legal, entre la demandante y la demandada con fundamento en el Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito, en el cual y conforme al Art. 1 del Decreto 3990 DE 2007 se señalan los beneficiarios del pago de las coberturas de la póliza así:

“Beneficiario. Es la persona natural o jurídica que acredite su derecho para obtener el pago de la indemnización, de acuerdo con las coberturas otorgadas en la póliza o establecidas en la ley, así: a) Servicios médico-quirúrgicos: La Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, habilitada, que hubiere prestado los servicios de atención de urgencias, hospitalización, suministro de material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación. Igualmente podrán ser beneficiarias las IPS que suministren la atención inicial de urgencias, quienes deberán remitir al paciente a la IPS más cercana habilitada para el nivel de complejidad requerido;”

Según lo establecido en el art. 1081 del código de comercio colombiano “la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que de base a la acción”

El DR. HERNAN FABIO LOPEZ BLANCO en su libro El Contrato de Seguro afirma que “...Tenemos, en consecuencia, que si por el “interesado” se entiende el tomador, el asegurado o el beneficiario, con relación a estos correrá como termino de

prescripción el de dos años, es decir, que estarán cobijados por la prescripción ordinaria, ya que es a ellos a quien se destina este tipo de prescripción, y, obviamente también la empresa aseguradora.”.

Así mismo, la Sala de Casación de la Corte Suprema de Justicia en jurisprudencia del 4 de julio de 1997 se pronunció frente a la prescripción, motivo por el cual nos permitimos transcribir apartes de dicha jurisprudencia:

“Por interesado debe entenderse quien deriva algún derecho del contrato de seguro, que al tenor de los numerales 1, 2 y 3 del artículo 1047 son el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador...”

Frente al termino de prescripción y cuando empieza a correr manifestó que “... el de la ordinaria, a partir de cuándo el interesado (y ya se vio quienes lo son) tuvo conocimiento o razonablemente pudo tenerlo del “hecho que da base a la acción”. Este hecho no es o no pudo ser otro, que el siniestro, en el caso concreto desde que la demandante presto el servicio médico que se pretende cobrar entendido este, según el art. 1072 ibídem como “la realización del riesgo asegurado” es decir el hecho futuro e incierto de cuya ocurrencia depende el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurador correlativamente del derecho del asegurado o beneficiario a cobrar la indemnización (arts. 1045 num. 4 y 1054 C de Co y 1530,1536 y 1542 del C.C.).

Además, debe tenerse en cuenta que dando alcance del artículo 1081, cuya aplicación es de carácter imperativo, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuesta la demandante, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria.

En este mismo sentido la Superintendencia Nacional de Salud emitió concepto 2008026912-001 del 16 de julio de 2008 **que sus apartes señalan:**

“Definido el anterior contexto conceptual y teniendo en cuenta que con la atención de la víctima por parte del Hospital se tiene pleno conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación, el término para que opere la prescripción ordinaria, que es la única que se puede invocar en estos casos, empezaría a contar desde el momento en que el Hospital conoció o ha debido conocer el siniestro, esto es, desde que fue atendida la víctima independientemente de la fecha de expedición de la factura comercial, de tal suerte que si la atención a la víctima del accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción. Por último, esta Superintendencia se permite precisar que el caso por Usted planteado, la prescripción se predica de la acción para efectuar la reclamación y no de la factura, factura que es uno de los requisitos exigidos para efectos de legalizar en debida forma la reclamación ante la asegurador.”

Por su parte la Superintendencia Financiera emitió **Concepto 2012054519-003 del 21 de septiembre de 2012 señala:**

“Bajo los anteriores lineamientos se concluye que la prescripción ordinaria tiene lugar cuando el titular de la acción, bien sea con fuente en el contrato de seguro o en la ley, tiene conocimiento o ha debido tenerlo del hecho en la cual ella se origina, mientras que la prescripción extraordinaria, se produce en los casos en que no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento del hecho en cuestión, vale decir, en cuanto no se hubiere configurado antes la prescripción ordinaria.

Definido el alcance del artículo 1081 en estudio, cuya aplicación es de carácter imperativo conforme a los términos señalados en la misma disposición, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuestas las IPS, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria, como atrás se explicó”.

Conforme a lo anterior y en aplicación al caso concreto es que se debe tener en cuenta que se tiene a la demandante como interesado o beneficiario del contrato de seguro, en tanto y en cuanto desde el momento que presta la atención medica conoce cuál es la compañía aseguradora SOAT, a la cual deben cobrarse los gastos médicos prestados, razón por la cual y en el entendido que la demandante conocía quien era la compañía aseguradora desde el momento que prestó el servicio, es que deberá aplicarse la prescripción ordinaria de 2 años, conforme a lo anteriormente expuesto es que se observa que las reclamación es que a continuación se relacionan se encuentran prescritas.

E. LOS DOCUMENTOS APORTADOS EN LA DEMANDA NO PRESTAN MERITO EJECUTIVO AL ESTAR OBJETADOS O GLOSADOS.

Es claro que los documentos aportados no cumplen con lo regulado en el artículo 488 del C.P.C ni el artículo 1053 del Código de Comercio, esta excepción la fundamento en el hecho de que estas reclamaciones fueron objetadas de manera oportuna por Seguros del Estado S.A, y esta circunstancias hace que la obligación dineraria en ellas contenidas no sea clara, expresa ni actualmente exigible y es esto un elemento indispensable para que presten merito ejecutivo, además en tanto y en cuanto el articulo 1053 en su numeral 3 exige que la reclamación se encuentre acompañada de los comprobantes que según las condiciones de la póliza sean indispensables para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, y

tal como se observa en los anexos allegados, las reclamaciones relacionadas en esta excepción no cuentan con estos documentos o comprobantes, razón por la cual la reclamación no ha sido formalizada en legal forma y hasta tanto no se aporten los documentos exigidos por la ley, no se tiene por formalizada la reclamación, por lo cual no se tiene certeza si el valor cobrado está ajustado a los parámetros legales y cuenta con los requisitos exigidos.

A la demandante se le enviaron notificaciones dentro de la oportunidad legal pertinente, a quien dentro del escrito se le manifestó que las reclamaciones carecían de los soportes exigidos legalmente así como también carecían de la idoneidad suficiente para demostrar el derecho pretendido y los mismos hasta la fecha no han sido aportados, ni fue subsanado el motivo de la glosa, objeción o solicitud de documentos, por lo cual no le asiste razón a la demandante cuando manifiesta que las reclamaciones prestan mérito.

Por otro lado es importante tener en cuenta que las pólizas de seguro obligatorio de accidentes de tránsito tiene amparos cubiertos y otros que no están incluidos dentro de la normatividad reguladora del mismo, tal como lo señalan los decretos, Decreto 056 de 2015, Decreto 780 de 2016 y el Decreto 3990 de 2007 y demás normas concordantes y aplicables, por medio de las cuales 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 y se faculta a la aseguradora a glosar reclamaciones, conforme al art. 23 ibídem que señala “Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada reclamación, 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 reclamación cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una reclamación, no se podrán formular nuevas glosas a la misma reclamación, 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. Las reclamaciones s devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de reclamación s. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.”

Teniendo en cuenta el artículo transcrito se observa claramente que la entidad encargada del pago en este caso la demandada, tiene la facultad de objetar y glosar la reclamaciones, como quiera que no cumplen con los requisitos legales, o en los eventos en los cuales el servicio de salud prestado no esté cubierto por dicha póliza con fundamento en la Resolución 3047 de 2008 y en el manual único de glosas, razones por las cuales no sería Seguros del Estado el llamado a responder por las pretensiones aquí reclamadas, ya que hizo uso de su derecho a objetar las reclamaciones que no cumplen con los requisitos legales o que no contienen una obligación que pueda hacerse exigible a la compañía.

Con fundamento en lo anterior, es evidente que en el evento en que la entidad encargada del pago reciba una reclamación podrá revisar los servicios allí cobrados y realizar las objeciones y glosas pertinentes, por lo tanto estas reclamaciones no prestan merito ejecutivo en tanto y en cuanto no contienen una obligación clara, expresa y exigible, tal y como lo exige el título valor o el titulo ejecutivo, como quiera que es evidente que la obligación contenida en una reclamación objetada no es exigible, en el sentido que su contenido está sujeto a condiciones impuestas por leyes y decretos que regulan la actividad, más aun cuando el servicio prestado no se encuentre dentro de los amparos consagrados por las pólizas de seguro obligatorio de Accidentes de Tránsito y los manuales que rigen este tipo de



NIT. 860.009.578-6

seguros o en virtud a que no se han llegado los documentos que soporten los servicios prestados.

Se debía tener en cuenta por parte del juzgador que las pretensiones de la parte demandante derivaban de reclamaciones objetadas o glosadas en debida forma por la demandada y de la cual fueron notificados en la oportunidad pertinente y la clínica no realizó las aclaraciones y correcciones señaladas en dichas objeciones, razones por las cuales se mantuvieron con justa causa por parte de mi poderdante.

PRETENSION:

De conformidad con lo expuesto, ruego a su Señoría revocar el fallo recurrido y por ende determinar que las excepciones propuestas fueron probadas y por ende absolver de toda responsabilidad da mi mandante.

De manera subsidiaria ruego al despacho revocar la sentencia anticipada objeto de apelación y por ende ordenar al A-quo que adelante todo el trámite de instancia y tome un su momento la decisión de fondo que en derecho corresponda.

ANEXOS

Con el respeto que el H. TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA, se merece me permito adjuntar copia de las sentencias Corte Suprema de Justicia de manera particular en la sentencia STC 2064-2020 Radicación N° 11001-02-03-000-2020-00426-00., sentencia que fuera confirmada en segunda instancia y resuelta por la Sala de Casación Laboral, Magistrado Ponente IVAN MAURICIO LENIS GOMEZ mediante fallo con radicado 88735 Acta 12 del 15 de abril de 2020.

NOTIFICACIONES



NIT. 860.009.578-6

- Mi representada, las recibirá en el correo electrónico: juridico@segurosdelestado.com.
- La suscrita en el correo johannamgonzalez16@gmail.com cel. 3017176134
- Demandante en el correo notificacionesclinicalavictoria.co.
- Apoderado parte demandante angelzambranojaraba@gmail.com

Del (a) Señor (a) Juez,

GLADYS JOHANA GONZALEZ
C.C. N° 5950869 de Bogotá
T.P. N° 146.699 del C.S. de la J.