Señores:

**JUZGADO QUINTO (5) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

cmpl08nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

**PROCESO:** EJECUTIVO

**EJECUTANTE:** CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**EJECUTADO:** LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC.

**RADICADO: 410014189005-2023-00873-00.**

# ASUNTO: EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA EJECUTIVA

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.,**identificada con **NIT 900.701.533-7** y en tal calidad como apoderado general de**LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, sociedad cooperativa de seguros, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con NIT No. 860.028.415-5, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., según consta en los certificados de existencia y representación legal que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a la firma a través de la Escritura Pública No. 2779, otorgada el 02 de diciembre de 2021 en la Notaría Decima (10°) del Círculo de Bogotá. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legalmente establecido, procedo a presentar **EXCEPCIONES DE MÉRITO** contra la demanda ejecutiva del proceso previamente identificado, promovida por la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, indicando desde este momento que me opongo a los hechos y pretensiones conforme con los fundamentos que se exponen a continuación:

1. **OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR**

Mediante auto del 9 de junio de 2025, el Despacho de conocimiento resolvió el recurso de reposición interpuesto por la parte demandante contra el auto que libró mandamiento ejecutivo, ordenando no reponer el auto de 7 de octubre de 2023 y concediendo el término para presentar excepciones.

De acuerdo con el artículo 118, inciso 4, del Código General del Proceso:

*“Cuando se interpongan recursos contra la providencia que concede el término, o del auto a partir de cuya notificación debe correr un término por ministerio de la ley, este se interrumpirá y comenzará a correr a partir del día siguiente al de la notificación del auto que resuelva el recurso.”*

El término dispuesto en el auto del 9 de junio de 2025, en concordancia con el articulo 442 del Código General del proceso, comienza a contarse desde el día siguiente a su notificación, es decir, desde el 10 de junio de 2025 hasta el 25 de junio de 2025, por lo que la presentación de excepciones se encuentra dentro del término legal.

# PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

Se presenta este acápite de manera preliminar a formular las excepciones de mérito, con el fin de pronunciarme sobre los hechos planteados por la parte ejecutante en el presente litigio, toda vez que, aunque la ritualidad de los procesos ejecutivos no lo requiere, en este caso resulta oportuno hacerlo habida cuenta de que las pretensiones que aquí se discuten tienen como base la existencia de unos títulos valores presuntamente ejecutables a mi representada **LA EQUIDAD SEGUROS ORGANISMO COOPERATIVO** Por tanto, al versar el presente asunto sobre la existencia de un derecho que a la fecha aún continúa siendo incierto, procedo de manera respetuosa a manifestar lo siguiente respecto de los hechos que acontecen en el presente asunto:

**FRENTE AL HECHO “1”:** Este hecho tiene dos componentes, sobre los que me pronunciaré de la siguiente manera:

* Tal como relata la ejecutante, en cumplimiento de varios postulados normativos las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud están en la obligación de prestar la atención inicial de urgencias independientemente de la capacidad de pago.
* Respecto a la afirmación que LA CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA *“brindó atención médica-hospitalaria de acuerdo a su nivel de complejidad, en la ciudad de Neiva, a las personas lesionadas y que se encuentran amparadas por el SOAT expedido por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO”*, la misma NO ME CONSTA. Ni tiene porqué constarle a mi representada EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., lo referenciado en el hecho, pues allí se alude a entidad distinta a la compañía que represento. Sin embargo, me atengo a lo debidamente acreditado en el plenario, sobre todo, a la Historia Clínica.

**FRENTE AL HECHO “2”: NO ES CIERTO** como lo relata la parte demandante, comoquiera que, de forma deliberada omite indicar que las facturas señaladas NO prestan mérito ejecutivo, esto en el sentido de que no cumple con los requisitos establecidos para dicho título valor, según lo señalado en el Decreto 441 de 2022.

Como quiera que la obligación de pago por parte de LA EQUIDAD SEGUROS OC no es automática. Aunque el asegurador tiene el deber de cubrir los servicios de salud derivados de la atención en urgencias a beneficiarios del SOAT, esta obligación está sujeta a un proceso de revisión y validación de las facturas presentadas. Dicho proceso puede incluir objeciones, glosas y otras verificaciones que permitan al asegurador corroborar que los servicios prestados se ajusten a los términos del contrato y la normativa aplicable. Por lo tanto, el pago se efectúa únicamente después de que se hayan superado estos controles, y en tal sentido, se dé la aceptación de las glosas, cosa que no ocurrió en este caso, pues como se reiterará en diversas oportunidades a lo largo de este escrito, mi representada procedió a objetar íntegramente la totalidad de las facturas adosadas en este proceso, comoquiera que no cumplían con los requisitos establecidos por la compañía para poder validar la atención brindada por el centro médico. En virtud de lo anterior, la parte demandante pretende inducir en error a su despacho, dando a suposiciones sobre la aceptación de las facturas, cosa que no puede distar más de la realidad.

**FRENTE AL HECHO “3”.** No es cierto, lo expuesto no constituye un hecho sino una explicación del marco normativo aplicable a la competencia por el factor territorial del proceso de la referencia.

**FRENTE AL HECHO “4”. NO ES CIERTO,** como lo relata la parte demandante, comoquiera que, de forma deliberada, la parte demandante omite señalar que la factura señalada NO presta mérito ejecutivo, esto en el sentido de que no cumple con los requisitos establecidos para dicho título valor.

Lo anterior, por cuanto de las pruebas documentales aportadas por la ejecutante se puede colegir que en el presente caso no existe una obligación clara, expresa y exigible, y por ende no se puede alegar de que haya fenecido plazo alguna para el pago, pues si bienla parte demandante sí está obligada a presentar a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO las respectivas facturas para el pago del servicio prestado, junto con los anexos determinados en la ley, su sola presentación no genera el pago inmediato pues mi representada debe hacer un análisis de la documentación presentada verificando que no exista una circunstancia que constituya una nota de devolución o glosa.

Aunque el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece un plazo para el pago de reclamaciones del SOAT, esta obligación está sujeta a los mismos procesos de revisión y verificación que permiten a la aseguradora realizar objeciones o aplicar glosas cuando sea necesario. La normativa permite a la aseguradora examinar el cumplimiento de los requisitos contractuales y normativos antes de efectuar el pago, por lo que no se trata de una obligación incondicional ni automática que se encuentra en la obligación legal y constitucional de garantizar el pago de los servicios de salud en atención de urgencias, y los que se requieran como consecuencia de la atención inicial, hasta que el paciente sea dado de alta u objeto de remisión, prestados a las personas que hayan contratado y/o sean beneficiarios del SOAT, toda vez que los documentos base de la presente ejecución no cumplen a cabalidad con los requisitos exigidos en el artículo 422 del C.G.P.

**FRENTE AL HECHO “5”. NO ES CIERTO,** que surja para mi representada la obligación del pago de la mora regulada en el artículo 1080 del Código de Comercio, dado que, aun no existe una obligacion clara exprese y exigible, pues las facturas de la presente demanda no se pueden consideran irrevocablemente aceptadas, pues si bienla parte demandante sí está obligada a presentar a LA EQUIDAD SEGUROS OC las respectivas facturas para el pago del servicio prestado, junto con los anexos determinados en la ley, su sola presentación no genera el pago inmediato pues mi representada debe hacer un análisis de la documentación presentada verificando que no exista una circunstancia que constituya una nota de devolución o glosa. Aunque el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece un plazo para el pago de reclamaciones del SOAT, esta obligación está sujeta a los mismos procesos de revisión y verificación que permiten a la aseguradora realizar objeciones o aplicar glosas cuando sea necesario. La normativa permite a la aseguradora examinar el cumplimiento de los requisitos contractuales y normativos antes de efectuar el pago, por lo que no se trata de una obligación automática que se encuentra en la obligación legal y constitucional de garantizar el pago de los servicios de salud en atención de urgencias, y los que se requieran como consecuencia de la atención inicial, hasta que el paciente sea dado de alta u objeto de remisión, prestados a las personas que hayan contratado y/o sean beneficiarios del SOAT, toda vez que los documentos base de la presente ejecución no cumplen a cabalidad con los requisitos exigidos en el artículo 422 del C.G.P., puesto que las obligaciones que aquí se discuten no son en ningún caso claras, expresas y exigibles.

**FRENTE AL HECHO “6”. NO ES CIERTO,** que las facturas aportadas por la CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, configuren un título valor con una obligación clara expresa y exigible, lo anterior, en tanto el Decreto 0780 del 06 de mayo de 2016 en su artículo 2.5.3.4.10 señala que los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago la factura de venta con los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección social, este último, por medio de resolución N, 0002284 de 2023, determino que se requieren como soportes todos aquellos que respaldan los servicios de salud prestado y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS el cual se encuentra regulado en el Decreto 3374 de 2020, a la luz de la precitada normativa la factura de venta y los soportes no cumplen a cabalidad con los preceptuados por la norma, por lo que, no se podría hablar de que existe una factura de venta que obre como título valor.

**FRENTE AL HECHO “7”. NO ES CIERTO,** no es un hecho es una manifestación por parte del ejecutante, sin perjuicios de lo anterior, es menester señalar que en el presente caso no existe un título valor pues (i) no se reúnen los requisitos formales establecidos en el Decreto 441 de 2022 en su artículo 2.5.3.4.1, así como en la resolución 0002284 de 2023 (ii) la obligación no nace con la presentación de la factura de venta y soportes, puesto que, aunque el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece un plazo para el pago de reclamaciones del SOAT, esta obligación está sujeta a los mismos procesos de revisión y verificación que permiten a la aseguradora realizar objeciones o aplicar glosas cuando sea necesario.

**FRENTE AL HECHO “8”.** **NO ES CIERTO**, La parte demandante afirma que, a la fecha de radicación de la demanda, no ha recibido notificación alguna de glosas u objeciones por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO respecto de las 22 facturas que sirven de base para el recaudo.

Contrario a lo afirmado, las facturas que actualmente se pretenden cobrar fueron debidamente objetadas dentro de los plazos establecidos. Las glosas correspondientes fueron presentadas de manera oportuna en las siguientes fechas: 13 y 21 de marzo de 2023, así como el 10 y 17 de abril de 2023. Por tanto, resulta improcedente alegar que la aseguradora no cumplió con el trámite de objeción.



.



**FRENTE AL HECHO “9”.** No es un hecho, es una citación jurisprudencial, con una apreciación subjetiva con el cual la entidad demandante pretende derivar con dicha providencia la exigibilidad ejecutiva automática de las facturas y soportes, sin verificar previamente su naturaleza jurídica y el cumplimiento de los requisitos legales para su cobro coactivo.

**FRENTE AL HECHO “10”.** No es un hecho relevante para el desarrollo del proceso; No obstante, revisada la demanda y sus anexos se comprueba la existencia del poder conferido para la representación judicial.

# OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDADA EJECUTIVA

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “PRIMERA”: ME OPONGO** a la pretensión elevada por la parte demandante, toda vez que la misma carece de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Lo anterior, en tanto, el documento sobre el cual se pretende se libre mandamiento de pago, esto es, las facturas presuntamente presentadas por la parte demandante, no cumple con los requisitos formales de un título ejecutivo, al no contener una obligación clara, expresa y exigible, por cuanto (i) las facturas no cumplen con los requisitos formales establecidos en el Decreto 441 DE 2022 en su artículo 2.5.3.4.1, así como en la resolución 0002284 de 2023 y el artículo 774 del Código de Comercio

Además, el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece un plazo para el pago de reclamaciones del SOAT, esta obligación está sujeta a los mismos procesos de revisión y verificación que permiten a la aseguradora realizar objeciones o aplicar glosas cuando sea necesario. La normativa permite a la aseguradora examinar el cumplimiento de los requisitos contractuales y normativos antes de efectuar el pago, por lo que, si bien existe una obligación legal y constitucional de garantizar el pago de los servicios de salud en atención de urgencias, y los que se requieran como consecuencia de la atención inicial, hasta que el paciente sea dado de alta u objeto de remisión, prestados a las personas que hayan contratado y/o sean beneficiarios del SOAT, esta no es una obligación incondicional ni automática, está sometida a una verificación y para el caso que nos ocupa lo cierto es que, los documentos base de la presente ejecución no cumplen a cabalidad con los requisitos exigidos en el artículo 422 del C.G.P., puesto que las obligaciones que aquí se discuten no son en ningún caso claras, expresas o exigibles, toda vez que tales títulos fueron objetados por EQUIDAD SEGUROS OC.justamente por carecer de requisitos o presentar irregulares que ocasionan incertidumbre sobre la obligación presentada a cobro.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDA”: ME OPONGO**, a la prosperidad de esta petición de condena en costas del proceso y agencias en derecho, toda vez que, se reitera, mi representada no tienen ninguna obligación derivada de los hechos descritos en el escrito genitor. Por tal motivo solicito que, en vista de que no se identifica ninguna actuación que refleje la necesidad de un reproche jurídico por parte de la demandada, se condene en costas a los demandantes, pues sometió a mi prohijada, sin justificación ni respaldo probatorio alguno, al agotamiento innecesario de estas instancias judiciales.

1. **EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA EJECUTIVA**

# FALTA DE ENTREGA DE TITULO COMPLETO - EN ESTE CASO SE ESTÁN COBRANDO TÍTULOS COMPLEJOS, QUE HAN SIDO APORTADOS DE MANERA INCOMPLETA O PARCIAL

Debe indicarse al despacho que, en el caso concreto, CLINICA FRACTURA Y ORTOPEDIA no entregó a mi representada la totalidad de requisitos que establece la ley en el caso de marras como lo son las facturas de prestación de servicio por SOAT, pues no cumplen a cabalidad con los requisitos que la ley exige y considerar que las mismas cobran validez con una mera constancia de aceptación contraria el precedente jurisprudencial del caso. En tanto con las mismas (i) Se omitió establecer el número de póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (ii) Se omitió allegar las pólizas de seguros de la mayoría de las facturas referidas y aportadas. (ii) No le fue aportado a algunas facturas el formulario de reclamación que se exige para estos casos. (iii) En algunos casos se encuentran diligenciado de forma errónea al indicar un número de factura diferente a la que se estaba cobrando. (iv) En algunos casos el FURIPS allegado no corresponde a la factura. Así mismo se allegan facturas repetidas, que cobran los mismos insumos y procedimientos trasgrediendo lo dispuesto en el Decreto 056 de 2015.

Conforme a lo señalado anteriormente, resulta pertinente recordar que el Decreto 056 de 2015 regula diferentes aspectos relacionados con el SOAT, entre los cuales se incluyen los requisitos de los documentos que deben ser presentados por las entidades de salud a las aseguradoras con el fin de obtener el pago por la atención brindada a las víctimas de accidentes de tránsito. En este sentido, el artículo 26 del mencionado decreto refiere:

*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:*
	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. *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: (…)*

## *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*

De forma concordante con lo señalado, se tiene que el artículo 33 del mismo Decreto estipula lo siguiente:

***“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”.*

Es así como el análisis de la correcta presentación de la solicitud de pago debe incluir la verificación del contenido de las facturas remitidas por la parte demandante, situación que, conforme a los requisitos legales señalados, condiciona el pago del importe de dichas facturas.

Ahora bien, las facturas cuentan con un régimen propio establecido en el Estatuto Tributario el cual hace referencia a la información que deben contener:

***ARTICULO 617. REQUISITOS DE LA FACTURA DE VENTA.*** *Para efectos tributarios, la expedición de factura a que se refiere el artículo 615 consiste en entregar el original de la misma, con el lleno de los siguientes requisitos:*

1. *Estar denominada expresamente como factura de venta.*
2. *Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.*
3. *Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.*
4. *Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.*
5. *Fecha de su expedición.*
6. *Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.*
7. *Valor total de la operación.*
8. *El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.*
9. *Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas. (…)*

Lo anterior sirve para indicar con respeto al despacho los documentos y requisitos que deben tener las facturas que pretende recoger obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud por utilización de las pólizas de SOAT, son títulos complejos tal y como se ha sostenido en precedente jurisprudencial, siendo menester hacer referencia a las siguientes exposiciones:

*“Al contrastar dichos razonamientos con lo revelado en el punto 1.1. de estas disertaciones, de entrada se vislumbra la configuración de la infracción denunciada, toda vez que la iudex censurada se apartó del «precedente» fijado por esta Corte acerca de la constitución del «título» cuando se anhela la cancelación de «facturas relacionadas con la prestación de servicios de salud derivados de la ocurrencia de accidentes de tránsito» , al asegurar que «para que las facturas se entiendan como verdaderos títulos ejecutivos y se pueda exigir a su tenor literario e independiente basta con que las mismas hubiesen sido aceptadas», cuando, según se acaba de exponer, por ostentar la condición de «complejo», aquellas deben ser radicadas junto con los soportes definidos en las normas especiales que regulan el trámite para su pago, esto es, los Decretos 663 de 1993 y 3990 de 2007, en armonía con los artículos 1053 y 1077 del Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.*

*Ahora bien, la «aceptación» de las «facturas» no suple la anterior exigencia, como al parecer lo entiende el despacho confutado, puesto que la «ausencia» de «objeción y glosas» no desaparece el carácter de «complejo» del «título» que se presenta para recaudo tratándose de «obligaciones» como las que aquí se tratan, de suerte que, el estudio efectuado por la referida «autoridad» al abordar el ataque exteriorizado por la ejecutante, alejado de la «hermenéutica» ilustrada, no fue el correcto, por lo que es claro que la «tutela» se debe abrir paso, para restablecer las garantías conculcadas.*

*Y, es que, del cartapacio digital se alcanza a divisar, por ejemplo, que en el caso de las «facturas» n° 8484, 7281 y 14996, no se anexaron junto a estas los «certificados de atención médica para víctimas de accidente de tránsito», mientras que en lo que toca con las 8783 y 10358, no se adjuntaron la copia del «SOAT» y el «formato único de reclamación… por servicios por servicios prestados a las víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito», respectivamente, por lo que surge palmaria la necesidad de escudriñar, a la luz del «precedente» ilustrado, el «mérito ejecutivo» de los «instrumentos» adosados a la «ejecución reprochada».*

*2.- Como colofón, dado que la «juez accionada» no «aplicó precedente» tantas veces mencionado, puesto que le dio una mirada restringida a los «documentos objeto de cobro» al evaluarlos como simples «título valor» conforme las normas mercantiles, olvidando que los «requisitos del título» cuando se trata de «facturas relacionadas con la prestación de servicios de salud derivados de la ocurrencia de accidentes de tránsito» deben cotejarse también bajo las disposiciones especiales que las regulan, es incuestionable que el resguardo debe concederse[[1]](#footnote-1)*

Es así que, jurisprudencialmente se han aclarado los documentos y requisitos que debe aportar la entidad prestadora de salud a la aseguradora, por cuanto requiere no solo su radicación simple sino que la misma tengo los soportes definidos por normas especies, atendiendo entonces a que las facturas que pretenden cobrarse en primer lugar no especifican el número del SOAT, no en todos los casos se acompañan de certificados de atención médica para víctimas de accidente de tránsito, así como tampoco incluyen una copia del SOAT y el respectivo formato único de reclamaciones por servicios prestados a las víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, es claro que presentan algunas inconsistencias, lo que se traduce en que si la entidad prestadora no remite la totalidad de documentos a la asegurada esta no está en la obligacion de realizar el pago. Lo anterior goza de fundamento suficiente no solo en el aparte citado, encontrando entonces su línea conceptual de desarrollo en: STC2064-2020, que citó la STC19525- 2017, STC3056-2021, STC1991-2022, STC14164- 2017, STC16048-2021 y STC1912-2022.

Quiere decir lo anterior, que, para el presente caso al tratarse de facturas derivadas de la prestación de servicios de salud a pacientes con cargo al SOAT, las facturas deben remitirse con los documentos completos que las normas estipulan para que así la aseguradora o entidad pagadora tenga la totalidad de insumos para hacer el estudio correspondiente que la ley permite y posteriormente cancele los valores solicitados.

La parte demandante presentó ante su Despacho, demanda ejecutiva basada en la existencia de diversas facturas cambiarias de venta, libradas con ocasión de la supuesta prestación de servicios médicos y quirúrgicos a víctimas de accidentes de tránsito, atendiendo múltiples contratos de seguro obligatorio contra accidentes de tránsito SOAT. No obstante, no acreditó la remisión de la totalidad de documentos requeridos a la aseguradora y ordenados normativamente para que la misma pudiese hacer un estudio real de cada una de las facturas.

Al respecto téngase en cuenta que en la remisión de las facturas CLINICA FRACTURAS Y ORTOPEDIA omitió enviar a mi representada la totalidad de documentos requeridos, entre los que se encuentras los siguientes:

1. La factura de venta omite señalar el Número de la póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
2. Se omitió allegar las pólizas de seguros de muchas de las facturas referidas y aportadas.
3. En algunos casos el formulario de reclamación se encuentra diligenciado de forma errónea al indicar un número de factura diferente a la que se estaba cobrando.
4. En algunos casos el FURIPS allegado no corresponde a la factura.
5. Omitió allegar soporte de radicación de la factura.
6. En todos los casos se omite *Fecha de inicio del período de la facturación enviada solo se tiene la fecha de expedición de la factura.*

Lo anterior, como se evidencia de las anteriores observaciones de cada Póliza:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FACTURA** | **NOMBRE DEL PACIENTE** | **FECHA DE FACTURA** | **SALDO ACTIVO** | **OBSERVACIONES** |
| 41988 | Antonio Martínez | 07/02/2023  | $ 10.597.151,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT.El formulario único de reclamación omite la fecha de radicaciónFalta la Póliza SOAT Omite el comprobante de prestación de servicios de salud |
| 42178 | Carlos David Castillo  | 11/02/2023 | $ 1.954.000,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT.Falta la Póliza SOAT -  |
| 42267 | Isaías Herrera | 14/02/2023 | $ 1.332.800,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT. El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación |
| 42269 | Maritza Andrade | 14/02/2023 | $ 850.600,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT. El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación Falta la Póliza SOAT |
| 42307 | Yuly Valencia Hoyos | 14/02/2023 | $ 648.100,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT  |
| 42268 | Isaías Herrera | 14/02/2023 | $ 110.200,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOATEl formulario único de reclamación omite la fecha de radicaciónOmite el comprobante de prestación de servicios de salud |
| 42270 | Liseth Oviedo |  14/02/2023 | $ 195.000,00 | Falta la Póliza SOAT – La factura de venta omite el número de la Póliza SOATEl formulario único de reclamación omite la fecha de radicación |
| 42305 | Nelson Enrique Paez | 14/02/2023 | $ 89.700,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOATFalta la Póliza SOATEl formulario único de reclamación omite la fecha de radicación |
| 42190 | Laura Briñez Aldana | 11/02/2023 | $ 5.106.857,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOATEl formulario único de reclamación omite la fecha de radicación y esta incompleto Falta la Póliza SOAT -  |
| 42395 | John Esteban Angel  | 17/02/2023 | $ 8.299.654,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOATEl formulario único de reclamación omite la fecha de radicaciónFalta la Póliza SOAT -  |
| 42598 | Doris Vera Huege | 21/02/2023 | $ 64.500,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOATEl formulario único de reclamación omite la fecha de radicación |
| 43344 | Arley Moreno Torres | 08/03/2023 | $ 426.800,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOATEl formulario único de reclamación omite la fecha de radicación |
| 43084 | Jhon Gonzalez Fierro  | 03/03/2023 | $ 3.508.000,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT- El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación |
| 42396 | John Esteban Angel  | 17/02/2023 | $ 61.900,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT- El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación Falta la Póliza SOAT |
| 43082 | Jhon Gonzalez Fierro  | 03/03/2023 | $ 320.238,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT- El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación  |
| 43312 | Delia Rincón Aguilar | 03/03/2023 | $ 137.700,00 | factura de venta omite el número de la Póliza SOAT- El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación  |
| 43313 | Delia Rincón Aguilar | 08/03/2023 | $ 117.300,00 | Falta la Póliza SOAT -  |
| 42189 | Laura Briñez Aldana  | 11/02/2023 | $ 52.644,00 | Aporta los mismos soportes de la factura 42190, por los mismos hechos de 22 de junio de 2022 |
| 42191 | Laura Briñez Aldana  | 11/02/2023 | $ 42.406,00 | factura de venta omite el número de la Póliza SOAT- El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación  |
| 42657 | Maximiliano Medina  | 22/02/2023 | $ 16.050,00 | El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación y está incompleto  |
| 43314 | Delia Rincón Aguilar | 08/03/2023 | $ 22.575,00 | La factura de venta omite el número de la Póliza SOAT- El formulario único de reclamación omite la fecha de radicación  |
| 43337 | Sergio Valderrama  | 08/03/2023 | $ 648.200,00 | Falta la Póliza SOAT -  |

Por lo que, de los documentos aportados por la parte demandante, no se evidencia constancia de que fueron radicados atendiendo a los requisitos anteriormente esgrimidos, ni mucho menos se aportan a la demanda en cuestión, razón por la cual, resulta improcedente el reconocimiento de estos valores vía mandamiento de pago, cuando es claro que la demandante no remitió a la aseguradora la totalidad de documentos necesarios para el estudio de cada factura.

En conclusión, las facturas allegadas no fueron enviadas con el lleno de los requisitos para ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo, al no haberse allegado de manera completa los documentos requeridos o estar incompletos y de los cuales se han hecho referencia, es decir: (i) Se omitió allegar las pólizas de seguros en la mayoría de las facturas referidas y aportadas. (ii) No le fue aportado a algunas facturas el formulario de reclamación que se exige para estos casos. (iii) En algunos casos se encuentran diligenciado de forma errónea pues omiten información o faltan hojas. (iv) En algunos casos el FURIPS allegado no corresponde a la factura. (v) Se Omitió allegar soporte de radicación de la factura. (vi) Así mismo se allegan facturas repetidas, que cobran los mismos insumos y procedimientos., de deberá ordenar revocar el auto que libra mandamiento de pago, y en su lugar, abstenerse de seguir con la orden de pago respecto de los caratulares atrás analizados.

1. **INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO DERIVADA DE LA TOTALIDAD DE LAS FACTURAS OBJETO DE DEMANDA, COMO QUIERA QUE LA PARTE DEMANDANTE NO SUBSANÓ LAS GLOSAS FORMULADAS OPORTUNAMENTE POR MI REPRESENTADA, CONFORME AL ARTÍCULO 23 DEL DECRETO 4747 DE 2007 Y POR TANTO, DICHAS GLOSAS U OBJECIONES, SE ENTENDERÁN ACEPTADAS POR EL DEMANDANTE.**

En el presente caso, resulta necesario advertir al operador judicial que no es posible derivar una presunta obligación pendiente de pago a cargo de mi representada que emane de las facturas que ha allegado al proceso la parte demandante, pues como se probará en el transcurso del proceso, las facturas emitidas por CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA fueron objetadas y glosadas de manera parcial o total y la parte demandante omitió efectuar la respectiva subsanación de las mismas. Por esta razón, dichas glosas u objeciones se entienden aceptadas y por lo mismo, resulta imposible aducir la existencia de un supuesto saldo pendiente.

El artículo 23 del Decreto 4747 de 2007 prevé el trámite de glosas generadas por las entidades responsable de pago en cambio de los servicios de salud suministrados por los prestadores de tales servicios, veamos:

***Artículo 23****. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.* ***El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.*** *En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. Las facturas 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 facturas. 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.*

En virtud de lo anterior y tal como lo tiene dicho el Ministerio de Salud y Protección Social *“Si el prestador no responde las glosas en el término establecido, la entidad responsable del pago no estará obligada a cancelar”[[2]](#footnote-2).*

En el caso concreto, es necesario indicar que mi representada, formuló las respectivas glosas y objetó de manera parcial o total las facturas emitidas por la sociedad demandante. Razón por la que, conforme a la normativa transcrita, las siguientes objeciones se entienden ACEPTADAS y por lo mismo **NO EXISTE OBLIGACIÓN DE PAGO PENDIENTE A CARGO DE MI PROCURADA.** Lo anterior se deja ver de las comunicaciones realizadas por mi representada los días, 10 y 17 de abril de 2023 y 13 y 21 de marzo de 2023

Por lo anterior, me permito relacionar las objeciones realizadas por LA EQUIDAD SEGUROS OC:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FACTURA** | **NOMBRE DEL PACIENTE** | **FECHA DE RECEPCIÓN** | **FECHA DE OBJECIÓN** | **MOTIVO DE OBJECIÓN** |
| 41988 | Antonio Martínez | 28/02/2023 | 21/03/2023 | Se solicitó aclaración y/o corrección de la versión de los hechos, ya que en soportes adjuntos no es clara dicha información. |
| 42178 | Carlos David Castillo | 28/02/2023 | 13/03/2023 | No se reconoce unos procedimientos no es pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos clínicos y sin déficit ni alteración neurológica que soporten su realización. |
| 42267 | Isaías Herrera | 28/02/2023 | 13/03/2023 | No se reconocen unos insumos por cuanto su uso no es pertinente.No se reconocen procedimientos no tienen pertinencia, ni indicación |
| 42269 | Maritza Andrade | 28/02/2023 | 13/03/2023 | No se reconoce unos equipos o procedimiento por no pertinencia en el escalonamiento imagenológico además de no soporte de soporte del pago o el convenio del servicio tercerizado.No se reconoce traslado debido a que solo se cubre remisión a un nivel superior para tratamiento integral. |
| 42307 | Yuly Valencia Hoyos | 28/02/2023 | 13/03/2023 | No se reconoce 21712 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos que no justifican su toma. |
| 42268 | Isaías Herrera | 28/02/2023 | 21/03/2023 | No se reconocen unos procedimientos por no ser facturables de acuerdo con lo señalado en el Decreto 2423 de 1996 |
| 42270 | Liseth Oviedo | 28/02/2023 | 21/03/2023 | No se reconocen unos procedimientos por no ser pertinentes para el paciente teniendo en cuenta los hallazgos clínicos. |
| 42305 | Nelson Enrique Paez | 28/02/2023 | 21/03/2023 | No se reconocen unos procedimientos por no ser pertinentes para el paciente y se liquidan otros con la tarifa SOAT |
| 42190 | Laura Briñez Aldana | 28/03/2023 | 17/04/2023 | Se solicitó soporte imágenes radiológicas prequirúrgicas para validar la pertinencia del procedimiento requiere nueva auditoria. soporte de insumos y medicamentos |
| 42395 | John Esteban Angel | 28/03/2023 | 17/04/2023 | Se solicitó Aclaración y/o corrección del vehículo en que se movilizaba el lesionado, teniendo en cuenta que en documentación aportada no es clara dicha información. |
| 42598 | Doris Vera Huege | 28/03/2023 | 10/04/2023 | se requiere aporte de orden medica donde soporte la consulta de acuerdo con hallazgos clínicos registrados. |
| 43344 | Arley Moreno Torres | 28/03/2023 | 17/04/2023 | Se indico que el vehículo causante de las lesiones no corresponde al automotor de placa ZOY83F asegurado por la Equidad Seguros Generales O.C., toda vez que, se objeta por no cubierto SOAT teniendo en cuenta auditoría interna refiere el lesionado que se movilizaba en la moto de placa JLX74E marca BOXER y es atendido con el SOAT del vehículo de placa ZOY83F marca VICTOY no involucrada en el accidente |
| 43084 | Jhon González Fierro | 28/03/2023 | 17/04/2023 | Se hace liquidación de acuerdo con la tarifa SOAT y no se reconocen algún procedimiento que no están incluidos en el artículo 48 del decreto 2423/96 |
| 42396 | John Esteban Angel | 28/03/2023 | 17/04/2023 | No se reconocen unos materiales por no ser pertinentes para el paciente. |
| 43082 | Jhon González Fierro | 28/03/2023 | 17/04/2023 | No se reconoce traslado debido a que solo se cubre en caso de remisión a un nivel superior para manejo integral, ni otros medicamentos porque no se evidencia uso, y se realiza la liquidación con la tarifa SOAT del año legal vigente. |
| 43312 | Delia Rincón Aguilar | 28/03/2023 | 17/04/2023 | No se reconocen unos procedimientos los cuales no fueron prestados por la entidad reclamante sino por un tercer prestador. |
| 43313 | Delia Rincón Aguilar | 28/03/2023 | 17/04/2023 | No se reconocen unos insumos por no ser pertinentes y otros no se reconocen porque no están incluidos |
| 42189 | Laura Briñez Aldana | 28/03/2023 | 17/04/2023 | No se reconocen algunos procedimientos porque su uso no era pertinente de acuerdo con el tratamiento administrado. |
| 42191 | Laura Briñez Aldana | 28/03/2023 | 17/04/2023 | No se reconocen algunos procedimientos o medicamentos porque su uso no era pertinente de acuerdo con el tiempo y tratamiento administrado. |
| 42657 | Maximiliano Medina | 28/03/2023 | 17/04/2023 | No se reconoce el 25% de rayos x ya que carecen de lectura con firma y sello de médico radiólogo parágrafo 1 articulo 23 decreto 2423/96 |
| 43314 | Delia Rincón Aguilar | 28/03/2023 | 17/04/2023 | No se reconoce el 25% de rayos x ya que carecen de lectura con firma y sello de médico radiólogo parágrafo 1 articulo 23 decreto 2423/96 |
| 43337 | Sergio Valderrama | 28/03/2023 | 17/04/2023 | No se reconocen unos procedimientos debido a que no se adjunta rx previa con hallazgos clínicos que justifiquen estudios adicionales. |

En este punto es de suma importancia resaltar, que en el presente asunto nos encontramos frente a una negación indefinida. Es decir, será la parte demandante quien deba demostrar que si respondieron en tiempo y forma a las glosas y devoluciones hechas a cada una de las facturas presentadas ante mi representada y que hoy son objeto de litigio.

Es menester señalar que al tenor literal del artículo 167 del Código General del Proceso en su último inciso, *los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba.* Frente al concepto o noción de afirmación o negación indefinida la Sección Segunda del Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo C.P. Alvaro Lecompte Luna se pronunció en Sentencia de 7 de octubre de 1992 indicando lo siguiente:

*“Sobre este aspecto han sido unánimes las jurisprudencias de la Corte Suprema de Justicia y del Consejo de Estado al, considerar que las afirmaciones o* ***negaciones indefinidas*** *son aquellas que ni indirecta o implícitamente conllevan ninguna afirmación o negación opuesta; que no sólo son indeterminables en el tiempo y en el espacio, sino que, en la práctica no son susceptible de probar por medio alguno”[[3]](#footnote-3).*

Así las cosas, como quedó demostrado, mi representada formuló oportunamente glosas en contra de todas y cada una de las facturas cuyo incumplimiento demanda la parte actora, codificaciones todas estas que se encuentran previstas en el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009. En virtud de lo anterior, correspondía a LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, subsanar las glosas, aceptarlas o justificar que no tenían lugar. No obstante, como aquello no ocurrió, **a pesar de que efectivamente fueron objetadas por mi representada en los términos de ley, tal y como se acredita con los correos remitidos a la demandante** y que se adjuntan con el l presente memorial, es entendido que tales inconformidades fueron ACEPTADAS por el demandante y por lo mismo, no existe ninguna obligación de pago a cargo de mi procurada.

Precisamente frente a este particular se pronuncia el artículo 2.5.3.4.4.2 del Decreto 780 de 2016, en el cual se señala lo siguiente

*“La aceptación de las glosas por parte del prestador de servicio de salud ocurre de forma expresa cuando dicha entidad informa de ello a la entidad responsable de pago, o de forma tácita, si transcurridos los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el prestador de servicio de salud no se pronuncia respecto de las glosas formuladas”*.

En efecto, y al tenor de lo hasta ahora expuesto, CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA, no tiene ni ha aportado en el proceso prueba que demuestre que se procuró de manera oportuna frente a las glosas, por lo cual, nos estaríamos enfrentando a un escenario donde operó una aceptación táctica de las glosas, y de allí entonces que el pago de las facturas de venta que sustentan las pretensiones de la demanda sea nulo o inexistencia.

Conforme a lo expuesto, solicito sea declarada como probada esta excepción.

1. **PAGO TOTAL Y/O PARCIAL DE LAS FACTURAS.**

Sin perjuicio de que en la presente actuación el demandante ha pretendido estructurar un título ejecutivo con base en un conjunto de facturas supuestamente impagas, es deber de esta parte poner de presente al Despacho que, contrario a lo afirmado en el libelo introductorio, respecto de un número significativo de dichas facturas ya se han realizado pagos totales o parciales por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., los cuales no han sido reconocidos por el demandante. En efecto, conforme se demostrará en el proceso respecto de los pagos realizados, lo cierto es que tales pagos han existido y se han llevado a cabo conforme a los usos y costumbres mercantiles propios del sector asegurador. Estos pagos, realizados a través de los canales ordinarios y sobre los cuales existen registros contables y bancarios en poder de las partes, impactan directamente la certeza del título que se pretende hacer valer, generando incertidumbre sobre la existencia, exigibilidad y monto actual de la obligación, lo que impide la procedencia de la acción ejecutiva en los términos planteados. Así las cosas, es evidente que la totalidad de lo reclamado en este proceso no corresponde a una deuda actual y líquida, ya que el saldo por pagar, si lo hubiere, debe ser objeto de depuración y confrontación con los pagos efectuados a lo largo de la relación entre las partes**.**

Ante este panorama, es preciso indicar que la legislación nacional ha considerado como la forma por excelencia de extinguir las obligaciones, el pago de las mismas. Lo anterior, al tenor de lo señalado por el artículo 1625 del C.G.P:

*“ARTÍCULO 1625. <MODOS DE EXTINCION>. Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula.*

*Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:*

***1o.) Por la solución o pago efectivo***

*2o.) Por la novación.*

*3o.) Por la transacción.*

*4o.) Por la remisión.*

*5o.) Por la compensación.*

*6o.) Por la confusión.*

*7o.) Por la pérdida de la cosa que se debe.*

*8o.) Por la declaración de nulidad o por la rescisión.*

*9o.) Por el evento de la condición resolutoria.*

*10.) Por la prescripción.*

*De la transacción y la prescripción se tratará al fin de este libro; de la condición resolutoria se ha tratado en el título De las obligaciones condicionales.”*

Dicho lo anterior, es preciso señalar que, en contraposición a lo afirmado por la parte demandante, mi representada efectuó el pago de las facturas conforme a los valores que efectivamente se encontraban acreditados, con base en los servicios médicos que la clínica demandante afirma haber prestado. Esta circunstancia no solo se evidencia en las liquidaciones de reclamaciones SOAT realizadas por mi representada —las cuales se aportan con esta contestación—, sino también en la respuesta emitida al derecho de petición presentado ante la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

En dicha solicitud se requirió la remisión íntegra del historial de transacciones efectuadas entre LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC. y la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA., haciendo referencia específica a las facturas comprendidas entre la No. 41988 y la No.4337, previamente relacionadas en el acápite de hechos. En su respuesta, la hoy ejecutante adjuntó una relación detallada de los pagos parciales efectuados, de la siguiente manera:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **FACTURA** | **NOMBRE DEL PACIENTE** | **VALOR DE LA FACTURA** | **FECHA RADICADO FACTURA** | **FECHA DE PAGO** | **ABONO** | **PENDIENTE DE PAGO** |
| 1 | 41988 | Antonio Martinez  | $ 10.597.151 | 28/02/2023 |  | $ 0 | $ 10.597.151 |
| 2 | 42178 | Carlos David Castillo  | $ 2.376.819 | 28/02/2023 | 10/03/2023 | $ 422.819 | $ 1.954.000 |
| 3 | 42267 | Isaias Herrera  | $ 2.550.657 | 28/02/2023 | 10/03/2023 | $ 1.217.857 | $ 1.332.800 |
| 4 | 42269 | Maritza Andrade  | $ 1.827.057 | 28/02/2023 | 10/03/2023 | $ 976.457 | $ 850.600 |
| 5 | 42307 | Yuly Valencia Hoyos  | $ 1.521.000 | 28/02/2023 | 10/03/2023 | $ 872.900 | $ 648.100 |
| 6 | 42268 | Isaias Herrera  | $ 2.314.500 | 28/02/2023 | 24/03/2023 | $ 2.204.300 | $ 110.200 |
| 7 | 42270 | Liseth Oviedo  | $ 782.935 | 28/02/2023 | 24/03/2023 | $ 587.935 | $ 195.000 |
| 8 | 42305 | Nelson Enrique Paez  | $ 442.600 | 28/02/2023 | 24/03/2023 | $ 352.900 | $ 89.700 |
| 9 | 42190 | Laura Briñez Aldana  | $ 5.106.857 | 28/03/2023 |  | $ 0 | $ 5.106.857 |
| 10 | 42395 | John Esteban Angel  | $ 8.299.654 | 28/03/2023 |  | $ 0 | $ 8.299.654 |
| 11 | 42598 | Doris Vera Huege  | $ 64.500 | 28/03/2023 |  | $ 0 | $ 64.500 |
| 12 | 43344 | Arley Moreno Torres | $ 426.800 | 28/03/2023 |  | $ 0 | $ 426.800 |
| 13 | 43084 | Jhon Gonzalez Fierro  | $ 6.654.500 | 28/03/2023 | 13/04/2023 | $ 3.146.500 | $ 3.508.000 |
| 14 | 42396 | John Esteban Angel  | $ 1.371.900 | 28/03/2023 | 14/04/2023 | $ 1.310.000 | $ 61.900 |
| 15 | 43082 | Jhon Gonzalez Fierro  | $ 2.953.038 | 28/03/2023 | 14/04/2023 | $ 2.632.800 | $ 320.238 |
| 16 | 43312 | Delia Rincón Aguilar | $ 1.625.225 | 28/03/2023 | 14/04/2023 | $ 1.487.525 | $ 137.700 |
| 17 | 43313 | Delia Rincón Aguilar | $ 2.237.893 | 28/03/2023 | 14/04/2023 | $ 2.120.593 | $ 117.300 |
| 18 | 42189 | Laura Briñez Aldana  | $ 962.344 | 28/03/2023 | 17/04/2023 | $ 909.700 | $ 52.644 |
| 19 | 42191 | Laura Briñez Aldana  | $ 822.035 | 28/03/2023 | 17/04/2023 | $ 779.629 | $ 42.406 |
| 20 | 42657 | Maximiliano Medina  | $ 191.800 | 28/03/2023 | 17/04/2023 | $ 175.750 | $ 16.050 |
| 21 | 43314 | Delia Rincón Aguilar | $ 218.500 | 28/03/2023 | 17/04/2023 | $ 195.925 | $ 22.575 |
| 22 | 43337 | Sergio Valderrama  | $ 929.319 | 28/03/2023 |  | $ 281.119 | $ 648.200 |

Así las cosas, al evidenciarse la realización de pagos —totales o parciales— como se probará en el proceso, respecto de las facturas que sirven de base a esta ejecución, resulta jurídicamente improcedente que el proceso continúe sin antes establecer con precisión y rigor el verdadero estado de cuenta entre las partes. No puede pretenderse hacer uso del proceso ejecutivo como un medio de cobro desproporcionado y contrario a la realidad contable, cuando existen antecedentes de cumplimiento que inciden directamente sobre la legitimidad del crédito. Por tanto, se impone el reconocimiento de esta excepción, en aras de salvaguardar la legalidad del proceso y evitar un eventual enriquecimiento sin causa a favor del demandante.

1. **LOS DOCUMENTOS NO CONSTITUYEN UNA OBLIGACIÓN CLARA, EXPRESA Y EXIGIBLE, DADO EL INCUMPLIMIENTO DEL NUMERAL 3 DEL ARTÍCULO 5 DEL DECRETO 3227 DE 2009**

Con respecto a las facturas emitidas por la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA se encuentra que dichas facturas relacionadas en la demanda, la ausencia del requisito establecido en el numeral 3 del artículo 5 del Decreto 3227 de 2009, que dispone:

*“Artículo 5°. En caso de que el emisor vendedor del bien o prestador del servicio entregue una copia de la factura al comprador del bien o beneficiario del servicio, en espera de la aceptación expresa en documento separado o de la aceptación tácita, se aplicarán las siguientes reglas:*

*3. En el evento en que operen los presupuestos de la aceptación tácita, el emisor vendedor del bien o prestador del servicio deberá incluir en la factura original y bajo la gravedad de juramento, una indicación de que operaron los presupuestos de la aceptación tácita, teniendo en cuenta para el efecto la fecha de recibo señalada en el numeral anterior.”*

Del estudio de las facturas allegadas al proceso, es claro que en ninguno de los títulos valores, se da cumplimiento al requisito precitado, puesto que, en ninguna factura, la clínica de FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, realiza bajo gravedad de juramento, la indicación de que en ese título operaron los presupuestos de la aceptación tácita. Requisito que resulta necesario en los términos del mencionado artículo, puesto que es en el título mismo en que el emisor debe consignar bajo la gravedad de juramento que operaron los supuestos de aceptación tácita. De manera que al no encontrarse cubierto tal requerimiento, no procede el cobro vía mandamiento ejecutivo por estos títulos.

Así las cosas, dado que en el caso concreto no se dio cabal cumplimiento a los requisitos contenidos en el Decreto 3227 de 2009, no resulta exigible para mi representada. Razón por la cual, se solicita al juzgado, revocar el mandamiento de pago por estas facturas, habida cuenta de que se encuentra probado que no cumplieron con el requisito establecido en el numeral 3 artículo 5 del Decreto 3227 de 2009.

1. **LA OBLIGACIÓN NO ES EXIGIBLE POR CUANTO NO SE CUMPLEN LOS REQUISITOS DEL DECRETO ÚNICO DEL SECTOR SALUD. (Decreto 780 de 2016).**

El Decreto 0780 del 06 de mayo de 2016 “*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Salud*”, dispuso en su artículo 2.5.3.4.10 las indicaciones expresas sobre los soportes de las facturas de prestación de servicios, así:

“***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 Socia****l*”.

Así las cosas, en el entendido del precitado, es clara la obligación del prestador del servicio de salud, de allegar junto a las facturas los soportes que ha establecido el Ministerio de Salud y que mencionaré más adelante, ahora bien, dentro del plenario no se observa que la parte Demandante haya cumplido lo previsto en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Salud.

Sobre el particular, es necesario traer a colación el artículo 167 del Código General del Proceso, el cual a su tenor dispone:

*“ARTÍCULO 167. CARGA DE LA PRUEBA. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.*

*No obstante, según las particularidades del caso, el juez podrá, de oficio o a petición de parte, distribuir, la carga al decretar las pruebas, durante su práctica o en cualquier momento del proceso antes de fallar, exigiendo probar determinado hecho a la parte que se encuentre en una situación más favorable para aportar las evidencias o esclarecer los hechos controvertidos. La parte se considerará en mejor posición para probar en virtud de su cercanía con el material probatorio, por tener en su poder el objeto de prueba, por circunstancias técnicas especiales, por haber intervenido directamente en los hechos que dieron lugar al litigio, o por estado de indefensión o de incapacidad en la cual se encuentre la contraparte, entre otras circunstancias similares.*

*Cuando el juez adopte esta decisión, que será susceptible de recurso, otorgará a la parte correspondiente el término necesario para aportar o solicitar la respectiva prueba, la cual se someterá a las reglas de contradicción previstas en este código.*

*Los hechos notorios y las afirmaciones o* ***negaciones indefinidas no requieren prueba****”* (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Téngase en cuenta que las negaciones indefinidas son aquellas que ni indirecta o implícitamente conllevan ninguna negación opuesta, que no sólo sin indeterminables en el tiempo y en el espacio, sino que, en la práctica, no requieren de prueba tal y como lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso.

Al respecto la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, magistrado ponente Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo, expediente (2000-133) mediante Sentencia del 28 de febrero de 2007 dispuso lo siguiente:

*“Es decir, existe un deber ex lege de comunicar hechos que inciden en la estructura y dinámica del riesgo previamente amparado. En el caso del artículo 1061, en lo que respecta a su origen o fuente, al mismo tiempo que a su teleología, la prestación es enteramente diferente, puesto que* ***la garantía constituye una promesa de conducta (hacer o no hacer), o de afirmación o negación que otorga el tomador o asegurado en relación con la existencia de un determinado hecho, lo que supone, invariablemente, una declaración ex voluntate y, por ende, de claro contenido negocial, la que en tal virtud no se puede inferir o presumir, menos si se tiene en cuenta las drásticas secuelas derivadas de su inobservancia o quebrantamiento.*** *Ello explica que sea menester que aflore o se evidencie “…la intención inequívoca de otorgarla”* (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Asimismo, respecto de las negaciones indefinidas, la Corte Suprema de Justicia ha manifestado:

“(…) *que éstas se dividen en definidas e indefinidas, siendo las primeras aquéllas que tienen por objeto hechos concretos, limitados en tiempo y lugar, que presuponen la existencia de otro hecho de igual naturaleza, el cual resulta afirmado implícita o indirectamente, las segundas, en cambio, no implican, ni indirecta ni implícitamente, la afirmación de hecho concreto y contrario alguno.*

*Para las [definidas], el régimen relacionado con el deber de probarlas continúa intacto ‘por tratarse de una negación apenas aparente o gramatical’; las [indefinidas], ‘son de imposible demostración judicial, desde luego que no implican la aseveración de otro hecho alguno’, de suerte que éstas no se pueden demostrar, no porque sean negaciones, sino porque son indefinidas* (…)

Así entonces, dentro del presente asunto, nos encontramos ante una negación indefinida, en el sentido de que en el presente asunto no se logra acreditar el cumplimiento de las cargas contenidas en el artículo 2.5.3.4.10, que establece expresamente que las facturas deben allegarse con los correspondientes soportes establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos soportes, se encuentran expresamente estipulados en el Artículo 2.6.1.4.2.20 del mismo Decreto, además de disponer con total claridad, que para realizar la solicitud de pago de los servicios prestados a victimas de accidentes de tránsito, los prestadores de los servicios de salud deben radicar los soportes correspondientes a dichas facturas. Así:

***“Artículo 2.6.1.4.2.20 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 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.*

*2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.*

*3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:*

*3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.*

*3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.*

*3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.*

*4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del presente decreto.*

*5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.” 5*(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

En igual sentido, por medio de resolución N, 0002284 de 2023, se determinó que se requieren como soportes todos aquellos que respaldan los servicios de salud prestado antes señalados y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS el cual se encuentra regulado en el Decreto 3374 de 2020, y en su artículo CUARTO, dispone:

***ARTÍCULO CUARTO.*** *- De los datos básicos que deben incluir los prestadores de servicios de salud en la descripción específica: De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 617 y 618 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 618-3 del mismo ordenamiento, en relación con los requisitos que deben cumplir las facturas, se establecen los siguientes datos que se deben registrar en la descripción específica de los servicios de salud prestados.*

*Dichos datos básicos se refieren a la transacción, al servicio y al valor facturado por estos:*

*Datos relativos a la transacción: ·*

*Código de identificación del prestador del servicio de salud en el SGSSS, asignado por la Dirección Local, Distrital, Departamental de Salud, o por el Ministerio de Salud para las instituciones de su competencia:*

* *Nombre o razón social cuando es una persona jurídica o apellidos y nombre del prestador cuando éste es un profesional independiente*
* *Tipo de documento de identificación del prestador*
* *Número del documento de identificación del prestador*
* *Número de la factura Hoja 4 de 4 RESOLUCION NUMERO 3374 DE 2000 Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados*
* *Fecha de expedición de la factura*
* *Fecha de inicio del período de la facturación enviada*
* *Fecha de finalización del período de la facturación enviada*
* *Código y nombre de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios o quien paga la factura Número de contrato, cuando se requiera*
* *Plan de beneficios*
* *Número de la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)*
* *Valor del pago compartido (Copago)*
* *Valor de la comisión a reconocer por la EPS, por los estudios diagnósticos realizados para confirmar enfermedad profesional*
* *Valor de descuentos*
* *Valor neto a pagar por la entidad contratante*

Por lo tanto, se tiene que se deberá acreditar la totalidad de los documentos requeridos por artículo 2.6.1.4.2.20 Decreto 0780 del 06 de mayo de 2016 y que además dichos documentos contengan todos los requisitos estipulados en el Decreto 3374 de 2020. En consecuencia, si las facturas no están acompañadas de los respectivos soportes y estos no cumplen a cabalidad con todos los requisitos mínimos, no se genera obligación en cabeza de mi representada EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

1. **LA SOLA AFIRMACIÓN DEL DEMANDANTE DE NINGUNA MANERA PUEDE CONSTITUIR PLENA PRUEBA DE UN SUPUESTO FÁCTICO.**

Una vez expuesto el numeral anterior y bajo el entendido de que en el presente caso no se encuentran los soportes de las respuestas a las glosas emitidas por EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C .aun cuando tales documentos resultan necesarios dentro del trámite y requerimientos para el pago de la factura, es necesario indicar que en el proceso no existe prueba alguna frente a dicha alegación por parte de la demandante, y que a pesar de esto se pretenden cobrar bajo la sola afirmación, por lo que no sería factible su cobró si no se ha logrado acreditar el derecho a favor del demandante.

Frente a este particular, resulta de suma importancia citar una providencia del Tribunal Superior de Bogotá, que es clara al explicar que la sola afirmación del Demandante de ninguna manera puede constituir plena prueba de un supuesto fáctico. La citada providencia explica lo siguiente:

*Y es que pasó inadvertida la Superintendencia Financiera de Colombia que conforme lo establecen el artículo 167 del C.G.P., le correspondía a la parte demandante probar los supuestos fácticos en los cuales fundamenta sus pretensiones,* ***en tanto que la sola afirmación de quien lo alega no es constitutiva de plena prueba del hecho o acto, ya que a nadie le es dado el privilegio de que su mero dicho sea prueba suficiente de lo que afirma,*** *tal como lo ha precisado la H. Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil:*

*“…****es verdad que, con arreglo al principio universal de que nadie puede hacerse su propia prueba, una decisión no puede fundarse exclusivamente en lo que una de las partes afirma a tono con sus aspiraciones. Sería desmedido que alguien pretendiese que lo que afirma en un proceso se tenga por verdad, así y todo sea muy acrisolada la solvencia moral que se tenga****. De ahí que la Corte Suprema de Justicia haya dicho en un importante número de veces... que ‘es principio general de derecho probatorio y de profundo contenido lógico,* ***que la parte no puede crearse a su favor su propia prueba****. Quien afirma un hecho en un proceso tiene la carga procesal de demostrarlo con alguno de los medios que enumera el artículo 175 del Código de Procedimiento Civil, con cualesquiera formas que sirvan para formar el convencimiento del Juez. Esa carga... que se expresa con el aforismo onus probandi incumbit actori no existiría, si al demandante le bastara afirmar el supuesto de hecho de las normas y con eso no más quedar convencido el Juez”[[4]](#footnote-4)* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, la jurisprudencia del Tribunal Superior de Bogotá, afincada en una tesis desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, se ha decantado en el sentido de explicar que el mero dicho de una parte no basta para probar un supuesto de hecho. En tal virtud, aterrizando tal teoría al caso concreto, es dable afirmar que existió un yerro al haber librado el mandamiento de pago, debido a que tal actuación se adelantó con el mero dicho del Demandante donde alega que EQUIDAD SEGUROS no emitió glosa alguna, cuando por el hecho de haber recibido pagos parciales, deben tener en su poder la respectiva respuesta por parte de la hoy demandada, siendo así deberán aportas pruebas pertinentes y útiles, a partir de la cual se acrediten debidamente las circunstancias fácticas expuestas en el libelo genitor.

Frente al particular, la Sección Tercera del Consejo de Estado mediante Auto del 15 de marzo de 2006, Exp. 30013 afirmó lo siguiente:

*“(…) según esa disposición, las obligaciones ejecutables requieren de demostración documental en la cual se advierta la satisfacción de las condiciones tanto formales, como de fondo. Las primeras condiciones miran a que se trate de documento o documentos que conformen unidad jurídica; que emanen del deudor o de su causante, de una sentencia de condena proferida por el juez o por árbitro, etc. Las segundas condiciones, de fondo, atañen a que de ese o esos documentos, con alguno de los orígenes indicados en la norma, aparezca a favor del ejecutante y a cargo del ejecutado una “obligación clara, expresa y exigible y además líquida o liquidable por simple operación aritmética si se trata de pagar una suma de dinero”[[5]](#footnote-5)*

Conforme a lo expuesto, solicito sea declarada como probada esta excepción.

1. **IMPROCEDENCIA DEL COBRO DE FACTURAS GLOSADAS A PARTIR DEL COBRO EJECUTIVO- EXISTE UN PROCEDIMIENTO ESPECIAL QUE LA PARTE DEMANDANTE NO PUEDE OMITIR.**

Esta excepción se propone, como quiera que el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el cual es incluso citado por la parte accionante en el líbelo de la demanda, prevé un procedimiento especial para el trámite de las glosas, luego entonces es ese el procedimiento que se debe seguir, más aún, el mismo artículo señala cual es la autoridad que cuenta con la competencia para conocer de los desacuerdos que se susciten en este trámite, que es la Superintendencia Nacional de Salud, competencia que comparte con los jueces ordinario, y por ende, no es admisible que la parte demandante, pretenda para acudir a la jurisdicción ordinaria omitiendo por completo este procedimiento, pretendiendo el cobro de unas facturas que se encuentran prescritas o no cumplen con los requisitos de exigibilidad.

Lo primero que se debe decir es que, al tenor del literal f del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 *“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”,* le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales el conocer de conflictos de similar naturaleza al que nos convoca a este litigio, veamos:

***“ARTÍCULO 41. FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD.*** *Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en lo siguientes asunto:*

*(…)*

*f)* ***conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en salud.***

*(…)”.*

En el mismo sentido, el penúltimo inciso del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el cual reglamente el trámite de las glosas, indica en su tenor literal lo siguiente:

*“****ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS.*** *Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

*El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) dúas hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.*

*Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas envidas nuevamente a la entidad responsable del pago.*

*Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguiente, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.*

*Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley*

*El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismo para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago”*

Los términos a los cuales hace referencia el citado artículo son el término de veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos los soportes con que cuentan las entidades responsables del pago de servicios de salud para formular y comunicar a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, los quince (15) días hábiles siguientes a la recepción de la glosa con que cuentan los prestadores de servicios de salud para dar respuesta a las glosas, indicando su aceptación o justificando su no aceptación, y finalmente los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, donde la entidad responsable del pago decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Véase que la norma citada indica que los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento. De esto se puede concluir entonces que el trámite de las glosas previsto en el artículo 1438 de 2011 precisamente lo que busca es que se llegue a una resolución sobre estas controversias que termine con el levantamiento total o parcial de las glosas, y el pago efectivo de los servicios facturados.

Ahora, esta misma norma indica que, en caso de persistir el desacuerdo entre las partes, es decir, entre la entidad responsable del pago y la institución prestadora de servicios de salud, respecto de las glosas, es ante la Superintendencia Nacional de Salud ante quien se debe acudir, para que sea esta en uso de su facultad de conciliación o de sus facultades jurisdiccionales a elección del prestado, para que sea esta quien resuelva el conflicto. Esto se refuerza al ver el artículo 135 de la Ley 1438 de 2011 el cual indica lo siguiente:

***“ARTÍCULO 135. COMPETENCIA DE CONCILIACIÓN.***  *La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora de oficio o a petición de* parte *en los conflictos que surjan entre el administrador del Fosyga, las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios, las compañías aseguradoras del SOAT y entidades territoriales”.*

Además, lo dispuesto por el anteúltimo inciso del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 guarda plena coherencia con el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, el cual ya hemos citado con antelación en el presente pronunciamiento, y que dispone en su literal f) que la superintendencia nacional de salud podrá conocer y fallar en derecho, con las facultades propias de un juez en asuntos de conflictos derivadas de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Recientemente y sobre el particular la Honorable Corte Constitucional se pronunció a través del Auto 1716 de 2024, en donde dirimió un conflicto de competencia entre la Superintendencia Nacional de Salud- Supersalud, y los Juzgados Administrativos, respecto del cuál es el competente para conocer sobre los asuntos relacionados con las devoluciones o glosas a las facturas entre las entidades del SGSSS.

En el mencionado Auto la Corte Constitucional reiteró la regla de decisión que había establecido con anterioridad en el Auto 2032 de 2023, en el cual se afirmó que **la Supersalud es la autoridad competente para conocer de los conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre las entidades del SGSSS, en virtud de los dispuesto por el artículo 116 de la Constitución y el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007.** Precisamente y con base en esta última norma, que ya hemos citados líneas arriba, se resolvió el conflicto de competencia, pues de ella se desprende que la Supersalud en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales y con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios, tiene la competencia para conocer de los conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En este punto es importante resaltar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por El Estado, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las instituciones prestadoras de salud (IPS). Luego, con arreglo de los señalado por la Corte Constitucional, la Ley 1122 de 2007 y el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y por ser las partes que integran la litis en el presente asunto de un lado Institución Prestadora de Salud (IPS) la parte demandante, es claro entonces que el presente conflicto por devolución de facturas o glosas es de competencia para su conocimiento de la superintendencia de salud.

A manera de síntesis, podemos decir entonces que esta excepción se fundamenta principalmente en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el cual tal como se puede ver en la transcripción que del mismo se ha hecho, prevé un procedimiento especial para el trámite de las glosas, trámite que la parte demandante no puede pretender dejar sin validez al acudir a la jurisdicción ordinaria, ya que, en todo caso, ese mismo artículo establece de manera privativa que es a la Superintendencia Nacional de Salud la autoridad a la cual el corresponde el conocer de los desacuerdos que se susciten en el trámite de las glosas.

Por lo anteriormente expuesto, amablemente solicito se dé por probada esta excepción.

1. **EL PROCESO EJECUTIVO NO ES LA VÍA PROCESAL ACERTADA PARA RESOLVER EL OBJETO DE LA LITIS.**

De forma subsidiaria a la anterior, se señala que el derecho procesal consagra diversas clases de procesos dependiendo del objeto de la controversia, tales como declarativos, ejecutivos, liquidatarios, etc. Así, los procesos declarativos o de conocimiento son aquellos en los que se acude al juez para que, previo conocimiento de hechos y pruebas adopte una declaración, mientras que los ejecutivos el demandante acude ante el juez para hacer valer un derecho que es cierto e indiscutible, con base en un documento que contiene una obligación clara, expresa y exigible. Es decir, que en este último se parte de la certeza formal respecto de la existencia de un derecho, así como de su titular, y por cuyo conducto se pretende hacer exigible.

Como es bien sabido, a efectos de estar facultado para iniciar un proceso ejecutivo, es necesario acreditar la existencia del derecho que se busca exigir mediante la presentación de un documento proveniente del deudor y que contenga una obligación clara, expresa y exigible. De manera que, ante la ausencia de cualquiera de los requisitos del título ejecutivo, es evidente que se pone en tela de juicio la certeza del derecho y el trámite que se debe dar a la controversia será dentro de un proceso declarativo mediante el cual se determine si el que pretende ejecutar es titular del derecho que reclama.

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia mediante providencia del 21 de mayo de 2019 consejero ponente Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, señaló lo siguiente:

“*Explicado de otra forma, sin título no hay ejecución porque la ley (hoy la regla 422 del Código General del Proceso, antes la 488 del Código de Procedimiento civil) exige para promover ese juicio de responsabilidad civil por el incumplimiento de una obligación, que el acreedor satisfaga, primero, ese específico estándar de prueba*”[[6]](#footnote-6)

En el caso objeto de estudio, es evidente que el documento que se presentó como título ejecutivo y con base en el cual se promovió la presente acción adolece de los requisitos para ser considerado como tal, de manera que, atendiendo a todos los argumentos esgrimidos a lo largo del presente recurso, la controversia necesariamente debe ser conocida en un proceso declarativo, pues el ejecutante en realidad no es titular de un derecho cierto, o por lo menos, se encuentra en tela de juicio tal situación jurídica.

Por todo lo expuesto, no puede considerarse que en el presente caso el ejecutante cuenta con un derecho cierto e indiscutible que permita exigir su cumplimiento mediante un proceso ejecutivo, de manera que deberán someter la controversia a un proceso declarativo. En consecuencia, debe revocarse el mandamiento ejecutivo y rechazarse de plano la demanda.

### **ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA**

Sin perjuicio de las manifestaciones esbozadas a lo largo de este escrito, a partir de las cuales se desprende que en efecto mi procurada no adeuda suma alguna en favor de la sociedad demandante, se propone esta excepción a efectos de advertir que, en el hipotético y remoto caso en que se accediera a las pretensiones del escrito demandatorio, se estaría permitiendo el enriquecimiento injustificado de la actora, habida cuenta que: mi representada, en cumplimiento diligente de sus deberes, informó debidamente a la CLINICA DE FRECTURAS Y ORTOPEDIA LTDA sobre la formulación de las objeciones y/o glosas radicadas frente a las facturas emitidas por la nombrada sociedad, sin que esta subsanara las mismas, circunstancia que, por ministerio de ley, implica que la hoy demandante ACEPTÓ las glosas y por tanto, exoneró a mi procurada de la eventual obligación de efectuar pagos posteriores. Bajo tales premisas fácticas y jurídicas, acceder a las pretensiones del escrito demandatorio configuraría un cobro de lo no debido y un enriquecimiento sin justa causa, figuras desde luego prohibidas en nuestro ordenamiento jurídico.

1. **IMPROCEDENCIA DE LOS INTERESES DE MORA**

En concordancia con las excepciones previamente expuestas, se solicita declarar la improcedencia del reconocimiento de intereses de mora reclamados por la parte demandante, al amparo del artículo 56 de la Ley 1438 de 2011. Si bien dicha disposición prevé que el incumplimiento en los plazos de pago genera intereses moratorios equivalentes a los previstos para los impuestos administrados por la DIAN, lo cierto es que en el presente asunto no hay lugar a reconocer dichos intereses, toda vez que, en primer lugar, no existió en ningún momento una obligación cierta, clara y exigible a cargo de mi representada, EQUIDAD SEGUROS S.A.

En efecto, la facturación presentada fue objeto de devolución mediante glosas debidamente formuladas por mi representada, las cuales no fueron subsanadas por la parte prestadora de los servicios de salud. En virtud de la normativa vigente, y según la práctica consolidada en el sector salud, la no subsanación de las glosas implica su aceptación tácita, lo que en consecuencia impide el nacimiento de la obligación principal. En otras palabras, al no configurarse una obligación válida de pago respecto de las facturas glosadas y no subsanadas, tampoco pueden surgir obligaciones accesorias como lo serían los intereses moratorios pretendidos por la parte actora. Esto desvirtúa de plano cualquier reclamación derivada de una mora que, jurídicamente, nunca existió.

En conclusión, no procede reconocer intereses moratorios en favor de la parte demandante, por cuanto no existió una obligación principal válida derivada de las facturas presentadas, las cuales fueron objeto de glosas que nunca fueron subsanadas En consecuencia, no existe fundamento legal ni fáctico que sustente la procedencia de los intereses de mora reclamados en esta causa.

1. **PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO (ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO)**

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA solicita el pago del importe de las facturas relativas a la atención de pacientes de accidentes de tránsito, por lo que pretende el pago conforme a los amparos contemplados en el SOAT respecto de dicha atención brindada en diferentes años. En este entendido, debe tenerse en cuenta que dicho seguro se encuentra reglado por el Decreto 056 del año 2015, que remite al término de la prescripción ordinaria establecida en el artículo 1081 del Código de Comercio aclarando, además, que el cómputo del término inicia desde el momento en que se brindó la atención o egresó el paciente de la institución de salud.

Conforme a lo anterior, resulta pertinente traer a colación lo establecido en el artículo 11 del Decreto 056 de 2015 referente al término con el que cuentan los prestadores de salud para presentar la reclamación respectiva ante la compañía aseguradora:

***“Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones.*** *Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:*

* 1. *Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;*
	2. ***Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.”*** (subrayado fuera del texto original)

De forma complementaria, el artículo 41 del mismo Decreto establece las condiciones generales del SOAT en las cuales incluye el término de prescripción ya referido en los siguientes términos:

***“Artículo 41. Condiciones del SOAT.*** *Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:*

1. ***Pago de reclamaciones.*** *Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT,* ***ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:***

## ***La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.*** (…) (subrayado fuera del texto original)

Teniendo en cuenta que las normas que regulan la reclamación ante la compañía aseguradora en temas relacionados con el SOAT remiten a la legislación comercial sobre la prescripción, debe recordarse que el artículo 1081 del Código de Comercio establece el término para la prescripción ordinaria y su contabilización en los siguientes términos:

***“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>.*** *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*** *(…)”* (subrayado fuera del texto original)

Con base en lo anterior, se concluye que la reclamación presentada por LA CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA debe analizarse a la luz de los términos de prescripción contemplados en el Decreto 056 de 2015 y el artículo 1081 del Código de Comercio, en tanto regulan de manera específica la oportunidad para exigir el pago de los servicios prestados bajo la cobertura del SOAT. En consecuencia, resulta indispensable verificar individualmente la fecha de atención o egreso de cada paciente involucrado, a fin de determinar si las reclamaciones fueron presentadas dentro del término bienal de prescripción ordinaria, pues solo de esta manera puede establecerse su procedencia jurídica.

# GENERICA O INNOMINADA Y OTRAS

Solicito a usted Señora Juez, decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en curso del proceso de acuerdo a lo estipulado en el artículo 282 del Código General del Proceso, y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de mi procurada y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación de pago.

# MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

* + 1. **DOCUMENTALES**
* Sentencia SC-3075 de 2024, de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en la cual se establece la prescripción de las reclamaciones del SOAT.
* Derecho de petición dirigido ante **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** con su trazabilidad de envío.
* Contestación derecha de petición CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
* Objeciones de 11 de abril de 2023
* Objeciones de 17 de abril de 2023
* Objeciones de 13 de marzo de 2023
* Objeciones de 21 de marzo de 2023

#  INTERROGATORIO DE PARTE

Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la demandante, **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPADIA LTDA,** sea quien sea que haga sus veces, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser citado la dirección de notificación relacionada en la demanda.

# DECLARACIÓN DE PARTE

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y declarar sobre las glosas formuladas frente a la facturación presentada por la parte demandante, la ausencia de obligación exigible y sobre los demás aspectos que resulten relevantes al presente proceso judicial.

# TESTIMONIALES

Solicito se sirva citar a la doctora **DAISY CAROLINA LOPEZ ROMERO** identificada con cédula de ciudadanía N. 1.085.324.490, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392269171, certificado No. 0013-0236-00-4001393871, sus exclusiones y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza. La Doctora podrá ser citado en el correo electrónico lopezromerodc@hotmail.com

* + 1. **EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS**

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego al Despacho se sirva ordenar a **LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** exhibir en la oportunidad procesal correspondiente:

* Las objeciones, glosas y/o devoluciones tanto de pertinencia como administrativas presentadas a cada una de las facturas objeto de ejecución. Esto es, el número: 41988, 42178, 4226, 42269, 42307, 42268, 42270, 42305, 42190, 42395, 42598,43344, 43084, 42396,43082,43312,43313,42189, 42191, 42657,43314 Y 43337.
* Las glosas y/o devoluciones tanto de pertinencia como administrativas que fueron aceptadas contestadas y/o rechazadas por **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** cada una de las facturas objeto de ejecución. Desde la 41988 y hasta la 43337 previamente relacionadas.
* Copia del histórico de transacciones recibidas entre **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y EQUIDAD SEGUROS O.C con especifica relación Desde las número 41988 y hasta la número 43337 previamente relacionadas.

El propósito de la exhibición de estos documentos es que se informe y certifique las objeciones que les fueron allegadas por parte de mi representada a cada una de las facturas objeto de litis, además de que se allegue si respecto de estas se solicitó, se rechazó o fueron contestadas con justificación para su pago, además, respecto de las transacciones hechas por EQUIDAD SEGUROS OC, de las facturas referencias y por los valores indicados en líneas precedentes. Y así, reflejar la existencia de los pagos realizados por EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. a **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**., de las facturas indicados con anterioridad a fin de probar que las mismas ya fueron canceladas y no pueden ser nuevamente cobradas.

## **OFICIOS**

* 1. Ruego se oficie a la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA,** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de cada una de las objeciones presentadas a cada una de las facturas objeto de ejecución, las glosas médicas que fueron aceptadas a cada una de las facturas objeto de ejecución. Copia del histórico de transacciones recibidas entre **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y EQUIDAD SEGUROS OC con especifica relación Desde las número 41988 y hasta la número 43337 previamente relacionadas.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

* 1. **DICTAMEN PERICIAL**

Comedidamente anuncio que me valdré de prueba pericial técnico médico a efectos de confirmar la documentación que acompañó las facturas efectivamente cumple los estándares médicos y técnicos exigidos legal y contractual. Se demostrará que muchas de las facturas no cumplen los requisitos de exigibilidad. Esta experticia se solicita y se anuncia de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 227 del Código General del Proceso, pues a la fecha no me es posible aportarla dada la complejidad técnica del mismo.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al despacho que se le conceda a mi representada un término no inferior a dos meses con el fin de aportar dictamen pericial realizado por un perito experto en el tema, el anterior termino, se justifica teniendo en cuenta la complejidad de dicho dictamen, pues se hace necesario realizar un estudio minucioso a fin de lograr la valoración requerida. El dictamen es conducente, pertinente y útil, teniendo en cuenta que el mismo podrá aclarar las circunstancias fácticas que sirvieron para objetar y/o glosar cada factura, las cuales, una vez analizadas, podrán determinar la exigibilidad de las mismas.

# ANEXOS

1. Poder general otorgado por EQUIDAD SEGUROS OC., al suscrito.
2. Certificado de existencia y representación legal de EQUIDAD SEGUROS OC. expedido por la Cámara de Comercio.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal de G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.

# NOTIFICACIONES

La parte actora y los demandados en el lugar indicado en sus respectivos libelos.

Mi representada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. en la Carrera 9 A No. 99 – 07, Torre 3 Piso14, en la ciudad de Bogotá D.C.,

Correo electrónico: notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop

Al suscrito en la Cra 11A # 94A - 23 Of 201de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



# GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.

1. STC 14094-2022 Radicación nº 13001-22-13-000-2022-00475-01 Corte Suprema de Justicia, 21 de octubre de 2022 [↑](#footnote-ref-1)
2. https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/Plan%20Obligatorio%20de%20Salud.aspx?Paged=TRUE&p\_ID=259&PageFirst Row=91&&View=%7B35F5EE97-7D8C-428F-AB48-D97C1C1A8399%7D. [↑](#footnote-ref-2)
3. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo ,Sección Segunda, Consejero Ponente: Álvaro Lecompte Luna, 7 de octubre de 1992, Radicación número 4442. [↑](#footnote-ref-3)
4. Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala Séptima. Sentencia del 24 de agosto de 2020. Rad. 2018-0034-01. [↑](#footnote-ref-4)
5. Consejo de Estado. Sección Tercera. Auto del 15 de marzo de 2006. Expediente 30013 [↑](#footnote-ref-5)
6. CSJ. AC1837-2019. Radicación n.º 11001-02-03-000-2019-01290-00. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo [↑](#footnote-ref-6)