


## DESCORRO RECURSO CILINICA FRACTURAS VS. LA EQUIDAD. RAD.: 2023-00776

Mireya Sanchez Toscano <mireyasanchezt@hotmail.com>

Mié 21/08/2024 15:50

Para: Juzgado 07 Pequeñas Causas Competencias Múltiple - Huila - Neiva <cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: diego.arango@laequidadseguros.coop <diego.arango@laequidadseguros.coop>

 1 archivos adjuntos (308 KB)

RECURSO EQUIDAD 2023-00776.pdf;

Buenas tardes,

por medio del presente escrito y con el acostumbrado respeto me permito descorrer traslado del recurso presentado por la demandada dentro del proceso de la referencia.

Cordialmente,

**MIREYA SANCHEZ TOSCANO**

**ABOGADA**

**Celular:** 3002242742

**E-Mail:** mireyasanchezt@hotmail.com

Señor

**JUEZ 7º PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA – HUILA**  
E. S. D.

**Ref.: Proceso ejecutivo singular propuesto por CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. vs. LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC. RADICADO: 2023-00842.**

**ASUNTO: PRONUNCIAMIENTO RECURSO DE REPOSICIÓN.**

**MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 36.173.846 de Neiva, abogada en ejercicio con Tarjeta Profesional No.116.256 del C. S. de la J., obrando en mi condición de apoderada de la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, encontrándome dentro del término legal muy respetuosamente descorro el traslado del recurso de reposición interpuesto por la apoderada de la parte demandada **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC.**, en los siguientes términos:

De antemano manifiesto que me opongo a la prosperidad del recurso de reposición interpuesto contra el mandamiento de pago dentro del proceso de la referencia.

#### **RESPECTO A LOS FUNDAMENTOS DEL RECURSO:**

##### **1. INEXISTENCIA DE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN EL TITULO EJECUTIVO:**

Sustenta el apoderado esta consideración bajo el argumento de que los documentos aportados como soporte de la ejecución carecen de condición de título valor procediendo a relacionar como base normativa principalmente la Ley 1231 de 2008 así como Ley 1122 de 2007, Decreto 4747 de 2007 entre otros.

Ante dicha manifestación se debe indicar al Despacho que pese a que la parte demanda cite otras normativas, la norma especial aplicable y vigente para el caso no es más que el **Decreto 056 del 2015 compilado en el 780 del 2016**, recordemos que el citado Decreto tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y **gastos derivados de accidentes de tránsito** en donde operen entre otras, las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT como en el caso que aquí nos ocupa la aseguradora **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.**, por lo que los documentos que deben tenerse en cuenta no son más que los definidos en dichos Decretos.

Por su parte frente a las normas indicadas por la parte demandada tenemos que **La Resolución 3047 del 14 de agosto de 2008** “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud, definidos en el decreto 4747 del 2007” no le es

aplicable a este proceso, pues esta hace mención a las definiciones impartidas por el **Decreto 4747 del 2007**, norma también citada por la demandada, el cual **TAMPOCO ES APLICABLE AL CASO EN CONCRETO**, pues su finalidad es regular aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, **situación que no se presenta, pues la Aseguradora no es responsables de pagos de servicios de salud de la población**. Según lo establecido en el artículo 2 campo de aplicación y el artículo 3 entidades responsables de pago.

En este sentido se tiene, que **LA EQUIDAD SEGUROS, NO ES UNA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD** sino una compañía aseguradora con autorización para explotar el ramo de seguro obligatorio de accidente de tránsito SOAT. Se debe tener en cuenta que la aseguradora al expedir la póliza SOAT, debe pagar solamente el evento asegurado (indemnización por concepto de gastos medico hospitalarios).

De lo anterior resulta que este decreto sería aplicable cuando para la atención del paciente, medie contrato, sin embargo, que para el caso que nos ocupa se atiende al paciente por mandato legal, decreto 056 del 2015 compilado por el decreto 780 del 2016. Al ser la normatividad especial aplicable el **Decreto 056 del 14 de enero de 2015, compilado por el Decreto 780 de 2016**, se deben tener en cuenta los **Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud**, prevista en este decreto y no en otras normatividades.

Bajo la anterior premisa, tenemos que el Decreto 056 del 2015 en su art. 26 Compilado en el 780 del 2016, define cuales son los documentos que deben presentarse para la reclamación administrativa ante la aseguradora, no siendo más que los siguientes:

**Artículo 26. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud.** *Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:*

*1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.*

*2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:*

*2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.*

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

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

*3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.*

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

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

*4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del presente decreto.*

*5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.*

Al estar frente a casos de reclamación de pagos por servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C, los documentos exigibles serían:

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, para el caso en concreto el FURIPS.

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.

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

4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, Facturas allegadas con el lleno de los requisitos de ley.

5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS, **el cual se debe aportar siempre y cuando** se reclame el valor del material de osteosíntesis.

Ahora bien, como puede evidenciarse en el link enviado al Despacho para descargar la demanda y sus anexos, junto con cada una de las facturas base de recaudo se aportó los documentos exigidos por el Decreto 056 de 2015 compilado en 780 de 2016.

En consecuencia, aun cuando el Despacho adopte la postura de que se está frente a títulos ejecutivos complejos, tenemos que la Clínica de Fracturas y ortopedia Ltda.

aporta la totalidad de la documentación requerida toda vez que los documentos base de recaudo respecto de las atenciones médicas brindadas a víctimas de accidentes de tránsito son títulos ejecutivos complejos que además de la factura emitida por concepto de prestación de servicio, debe contener los documentos que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015 en consonancia con lo reglado en los cánones 31, 32 y 33 de la misma codificación, deben ser y fueron aportados para su cobro no solo ante la aseguradora si no también ante el Despacho, bástese ver cada uno de los anexos de las facturas base de recaudo.

De igual forma, y en atención a que **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C** no glosó ni objetó las facturas base de recaudo cuando se realizó la reclamación económica administrativa, por lo tanto, aceptó las reclamaciones hechas por la parte demandante en forma tácita, tenemos entonces que las facturas base de recaudo fueron presentadas en la demanda que nos ocupa sin glosas ni objeciones.

Ahora bien, Teniendo en cuenta la sentencia del 10 de febrero de 2022 con radicación 41298-31-03-002-2019-00120-02 de la Sala Segunda del Tribunal Superior del Distrito de Neiva, expreso *“Lo dicho en precedencia permite sostener, que dado que la facturación por la prestación de servicios de salud se encuentra gobernada por normas de carácter especial en las que se exigen requisitos disímiles a los contenidos en la ley mercantil y que son propios del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) -v. gr., términos de presentación, glosas, anexos para comprobar el servicio dispensado, condiciones de pago-, el título debe conformarse con la totalidad de los documentos que permitan develar sin ambages la fuente de la obligación ejecutada y su sustento cartulario, pues es de esta manera y no de otra, que se posibilita al juzgador verificar el cumplimiento de los presupuestos de cobro y revisión preliminar -oportunidad para hacer devoluciones o glosas-, **que a la par, allanan el camino para, de un lado, establecer cuál de las obligaciones es demandable ejecutivamente por haber sido presentada y aceptada sin objeciones, y de otro, determinar qué otras tienen condicionada su exigibilidad ante la interposición de glosas y cuya solución debe buscarse en sede ordinaria.** Posición que encuentra sustento en las sentencias STC8408-2021, STC3056-2021, STC8232-2020 y STC19525-2017 de la Sala de Casación Civil del Corte Suprema de Justicia, concordante con la STL5532-2021 de la Sala de Casación Laboral de la misma Corporación.”.*

Así mismo, en sentencia del 25 de julio de 2022 con radicado 41298-31-03-002-2020- 00045-01 de esta misma Corporación, magistrada ponente la Dra. GILMA LETICIA PARADA PULIDO, ratifico lo expresado en el fallo del 10 de febrero del 2022.

En tal sentido, resulta apropiado afirmar que las facturas presentadas para el cobro **al no haber sido glosadas ni objetadas deben ser radicadas mediante proceso ejecutivo y no ordinario por cuanto las mismas cumplen con los requisitos de Ley por consiguiente prestan mérito ejecutivo.**

En cuanto a la ocurrencia del siniestro y la cuantía; se prueban plenamente con los soportes adjuntos en cada una de las facturas allegadas a la aseguradora, por lo que la afirmación realizada por la aquí demandada no es cierta, hecho que se logra demostrar conforme a los siguientes presupuestos:

- **OCURRENCIA DEL SINIESTRO:** El cual se prueba con la EPICRISIS, pues en este documento se indica la fecha en la cual sucedió el accidente de tránsito,

junto con los datos de la víctima(s) del accidente.

- **CUANTÍA:** la cual se puede determinar con la FACTURA y sus soportes, en la cual se encuentran descritas las tarifas de manera cualitativa y cuantitativamente, así como la especificación de cuáles fueron los procedimientos realizados al paciente y cuál es el costo de cada uno de estos procedimientos.
- **ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE VÍCTIMA O DEL BENEFICIARIO:** En el formato declaración del siniestro, el accidentado manifiesta cuál es su calidad de víctima en el accidente (conductor, pasajero, peatón, etc.) formato que es firmado y estampada la huella del paciente atendido por la clínica. Este formato se encuentra en los anexos de cada factura.
- **DAÑOS CORPORALES:** Con la Historia Clínica, y el formulario FURIPS (narración de los hechos), se prueban los daños causados al paciente a consecuencia del accidente.

Frente al citado certificado o declaración del médico de urgencias para probar la ocurrencia del siniestro en el formato adoptado por el Ministerio de la Protección social, tenemos que la Ley 1438 del 2011 indica en su art. 143 lo siguiente:

***“ARTÍCULO 143º. PRUEBA DEL ACCIDENTE EN EL SOAT. Para la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorías posteriores.”***  
(Negrita fuera de texto)

Como se mencionó al inicio de este escrito, el cuestionado certificado o declaración del médico de urgencias, lo encontramos inmerso tanto en el **FURIPS** como en la **EPICRISIS o resumen de historia clínica**.

Mediante memorando expedido por el MINISTERIO DE SALUD el 05 de mayo del 2017, con radicado 201733200110423 dirigido a **“LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y PERSONAS NATURALES RECLAMANTES ANTE LA SUBCUENTA ECAT DEL FOSYGA, ENTIDADES ASEGURADORAS PARA EXPEDIR LAS POLIZAS SOAT...”** se acogió anexo técnico por el cual se adoptaron los formularios para la presentación de reclamaciones ante las entidades aseguradoras autorizadas para expedir las pólizas SOAT y la subcuenta ECAT del FOSYGA, para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, **exigibles desde el 01 de junio del 2017.**

El ANEXO TÉCNICO Estableció como formularios a adoptar los siguientes:

**I. Requisitos comunes de diligenciamiento**

Los formularios adoptados con el presente documento deberán diligenciarse de acuerdo con los criterios que se enuncian a continuación:

- Los formularios FURIPS (formulario único de reclamación de las instituciones prestadoras de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito), FURPEN (formulario único de reclamación de indemnizaciones por accidentes de tránsito y eventos catastróficos) y FURTRAN (formulario único de reclamación de gastos de transporte y movilización de víctimas) deberán ser diligenciados de manera individual para cada paciente y reclamación que se presente.
- El formulario FURCEN (certificación del censo de víctimas-eventos catastróficos) deberá ser diligenciado por los consejos municipales o distritales de gestión del riesgo de la respectiva entidad territorial en donde ocurrió el evento catastrófico de origen natural o terrorista.

A su vez especifico en el **punto IX**. Del formulario **FURIPS**:

| IX. CERTIFICADO DE LA ATENCION MEDICA DELA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO                               |  |  |  |                 |  |   |  |         |  |                            |  |  |  |
|---|--|--|--|-----------------|--|---|--|---------|--|----------------------------|--|--|--|
| Fecha de ingreso  |  |  |  | D D M M A A A A |  | a las                                       |  | H H M M |  | Fecha de egreso            |  |  |  |
|   |  |  |  | D D M M A A A A |  |   |  | H H M M |  |                            |  |  |  |
| Código Diagnóstico principal de Ingreso   |  |  |  |                 |  | Código Diagnóstico principal de Egreso      |  |         |  |                            |  |  |  |
| Otro código Diagnóstico principal de Ingreso  |  |  |  |                 |  | Otro código Diagnóstico principal de Egreso |  |         |  |                            |  |  |  |
| Otro código Diagnóstico principal de Ingreso  |  |  |  |                 |  | Otro código Diagnóstico principal de Egreso |  |         |  |                            |  |  |  |
| <div>1er Apellido del Médico o Profesional tratante</div> <div>2do Apellido del Médico o Profesional tratante</div> |  |  |  |                 |  |   |  |         |  |                            |  |  |  |
| <div>1er Nombre del Médico o Profesional tratante</div> <div>2do Nombre del Médico o Profesional tratante</div>     |  |  |  |                 |  |   |  |         |  |                            |  |  |  |
| Tipo Documento  |  |  |  | CC CE PA        |  | Número Documento :                          |  |         |  | Número de registro médico: |  |  |  |

Punto dentro del formulario en el cual la aseguradora puede verificar la información pertinente y veraz respecto a la **fecha de ingreso** del paciente o víctima de accidente de tránsito a la IPS, **Fecha de egreso** de la víctima de la IPS, **código del diagnóstico principal y secundario** el cual se da al **ingreso** del usuario, según la clasificación internacional de enfermedades vigentes, **código de diagnóstico principal y secundario de egreso** de la víctima, y los **DATOS DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE**.

Ahora bien, también tenemos que mediante **CIRCULAR EXTERNA NO. 033 DEL 02 DE JUNIO DEL 2011, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**, dirigida a **“PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, ADMINISTRADOR FIDUCIARIO DE LOS RECURSOS DEL FOSYGA Y RECLAMANTES POR DAÑOS MATERIALES CAUSADOS A LAS PERSONAS POR ACCIDENTES DE TRANSITO”**, se estableció por parte del Ministerio de Salud cuales eran los datos mínimos que debían contener las EPICRISIS y su forma de diligenciamiento, determinándose que en ella deberá constar los datos **Del médico que elaboró la epicrisis** tales como:

- Nombres y apellidos legibles
- Firma
- Número del registro

Situación que es plenamente cumplida por la Clínica de Fracturas, quien **al final de la EPICRISIS anexa a cada una de las facturas**, registra la siguiente certificación:

|  |  |         |       |
|--|--|---------|-------|
| DIAGNOSTICOS AL EGRESO   |  | TIPO    | GRADO |
| CONFIRMADO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO   |  | CERRADA | 0083  |
| RELACIONADO 1: E108 - DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE   |  |         |       |
| CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO |  |         |       |
| <div>Dr. Francisco H. García Ramírez</div> <div>C.C. 4.951.582</div> <div>R.M. No. 12452-82</div>  |  |         |       |
| Registro Médico:   |  |         |       |

Conforme a lo que señala el abogado de la parte demandada en cuanto a que la prestación de servicios médicos no fue soportada en debida forma, me permito recalcar que basta con verificar el link enviado al Despacho en donde se puede verificar que cada una de las facturas base de recaudo se aportó con los documentos exigidos por el Decreto 056 del 2015 compilado en el 780 del 2016, único decreto aplicable en el proceso que aquí nos ocupa.

## 2. INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LOS TITULOS VALORES QUE CONSTITUYEN TITULO EJECUTIVO.

Frente a lo planteado por la parte demandada, no habría lugar a que se revocara el mandamiento de pago, pues las facturas allegadas cuentan con los soportes exigidos por la normatividad especial aplicable a este caso. Es claro que las facturas objeto de esta demanda, además de cumplir con los requisitos exigidos en los artículos 621 y 774 del código de comercio, el 617 del estatuto Tributario y 422 del C.G.P., cumplen con los requisitos exigidos en el artículo 26 del Decreto 056 del 14 de enero de 2015, tal como puede verificarse en los anexos de la demanda, luego no se entiende el motivo para que la aseguradora afirme que la parte demandante no cumple con los requisitos exigidos por la normativa.

En cuanto a la postura de la aseguradora respecto a que las facturas no se encuentran aceptadas, resulta ilógica, pues el mismo apoderado cita la ley 1676 de 2013 art. 86, en el cual indica que la factura se considera irrevocablemente aceptada por el comprador o beneficiario del servicio si no reclamare en contra de su contenido; situación que se da en el presente proceso, pues las facturas fueron radicadas para su pago sin que la aseguradora presentara objeción alguna en contra de su contenido y menos lo notificara a mi poderdante.

Además, con la demanda se aportó a cada factura el CERTIFICADO RADIAN, que se genera por medio de la plataforma **RADIAN** que hace parte del Sistema de Factura Electrónica de la DIAN, la cual permite el registro, consulta y trazabilidad de las Facturas. Al respecto la aseguradora **EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.** no se pronuncia, por lo que se tiene entonces que no hay reparos para estas facturas.

Conforme a lo anterior solicito denegar el recurso de reposición contra el mandamiento ejecutivo promovido por el apoderado de la parte demandada.

Atentamente,



**MIREYA SANCHEZ TOSCANO**

C.C. No. 36.173.846 de Neiva

T.P. 116.256 del C.S. de la J.