Señores

JUZGADO DIECISÉIS CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI – VALLE DEL CAUCA

J16cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS EXCEPCIONES

PROCESO: EJECUTIVO

DEMANDANTE: FABILU S.A.S.

DEMANDADO: LIBERTY SEGUROS S.A. (HOY HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.)

RADICADO: 76 001 3103 016 2025 00007 00

JORGE URIEL RUEDA ROMERO, mayor de edad, con domicilio en Santiago de Cali (Valle), identificado con la Cédula de Ciudadanía No. **91.292.913** de Bucaramanga, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 208.777 del C.S. de la J, en mi condición de apoderado especial de la sociedad **FABILU S.A.S.** identificado con NIT. 900.242.742 -1., propietario del establecimiento de Comercio de la **CLINICA COLOMBIA ES**, identificado con matrícula mercantil No. 802975, conforme al poder otorgado por el representante legal, doctor **FAVIAN CORDON TORRES**, identificado con la cédula de ciudadanía No.80.218.397 expedida en Bogotá D.C., por medio del presente escrito presento ante usted oposición a las excepciones de mérito en los términos del artículo 443 del Código General del Proceso propuestas por la demanda **LIBERTY SEGUROS S.A. (HOY HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.)** NIT. 860.039.988-0, de la siguiente manera:

I. OPORTUNIDAD PARA RENDIR PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS EXCEPCIONES ALEGADAS POR LA PARTE PASIVA.

El artículo 443 del Código General del Proceso, dispone que:

“1. De las excepciones de mérito propuestas por el ejecutado se correrá traslado al ejecutante por diez (10) días, mediante auto, para que se pronuncie sobre ellas, y adjunte o pida las pruebas que pretende hacer valer”

En este orden, la parte demandante cuenta con un término de diez (10) días una vez notificada la contestación de la demanda para pronunciarse sobre las excepciones de mérito propuestas por la demandada, es así como, para el caso en concreto, el presente pronunciamiento se encuentra dentro del término dispuesto en la norma en comento en atención a que la notificación se surtió de acuerdo con el inciso 3º del artículo 8 de la Ley 2213 de 2022, por lo que el tiempo para descorrer traslado comienza desde el día 26 de mayo y culmina el día 10 de junio de la anualidad.

II. SUSTENTO SOBRE LA OPOSICIÓN DE LIBERTY SEGUROS S.A. (HOY HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.) FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA EJECUTIVA

Frente al hecho “PRIMERO”: Mi representada, **FABILU S.A.S.**, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, como lo demuestra el Certificado de Existencia y Representación que obra en el expediente, por lo que este hecho es verídico.

Frente al hecho “TERCERO”: La oposición de la demandada carece de fundamento debido a que la obligación de prestar servicios de urgencias está claramente establecida por la Ley, sin que sea necesario un vínculo contractual previo entre el prestador de salud y en este caso la **ASEGURADORA**. Mi representada como prestadora de servicios de salud, tiene la responsabilidad legal de garantizar la atención inmediata en situaciones de urgencias, en virtud del derecho fundamental a la vida y la salud. Por lo tanto, no es válida su afirmación de desconocimiento de esta obligación ni su exigencia de prueba adicional, ya que la ley misma sustenta esta obligación.

Frente al hecho “CUARTO”: Mi representada, en su calidad de prestadora de servicios de salud, está obligada a garantizar la atención médica a las personas que ingresan por urgencias, y debe proporcionar dichos servicios hasta que el paciente sea dado de alta o remitido a otra institución, conforme a lo establecido por la normatividad vigente.

Frente al hecho “QUINTO”: en este punto, mi representada como IPS no tiene la responsabilidad de verificar el contrato de seguro, toda vez que resulta dispendioso y no puede retrasar la atención a urgencias ni negar el servicio de salud. Además, como se puede constatar en la respuesta a las excepciones de mérito, la póliza de seguro no es un requisito obligatorio para el cobro de las facturas.

Frente al hecho “SEXTO”: La demandada reconoce la veracidad de este hecho, pero alega que las facturas no cumplen con los requisitos legales para ser exigibles, sin embargo, estos temas que aborda la aseguradora se desarrollaran en las respuestas a las excepciones de mérito.

Frente al hecho “SEPTIMO” y “OCTAVO”: Me opongo, toda vez que las facturas presentadas por mi representada cumplen con todos los requisitos formales establecidos por la normatividad vigente. En cuanto a la oposición de la demandada sobre la presentación de reclamaciones, se configuro la aceptación tácita, debido a que no fueron objetadas por la demandada dentro del plazo legalmente establecido. Por lo tanto, corresponde considerar que las facturas fueron aceptadas por la demandada debido a la falta de notificación oportuna de las objeciones.

Frente al hecho “NOVENO”: lo manifestado por la aseguradora no es cierto, toda vez que las objeciones no fueron presentadas de manera oportuna. En consecuencia, la parte demandada se encuentra en mora, debido a que se configuro la aceptación tácita.

Frente al hecho “DECIMO”: Las facturas presentadas por mi representada si constituyen un título ejecutivo, debido a que son claras, porque se encuentran definido el sujeto deudor, **LIBERTY SEGUROS S.A. HOY HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.**, quien por virtud de la ley debe garantizar la financiación de los servicios de salud prestados a sus asegurados y/o beneficiarios conforme a la póliza de seguro afectada con la reclamación, y el acreedor es **FABILU S.A.S.**, que por obligación legal, impuesta por el artículo 2.5.3.2.5., 2.6.1.4.2.3., 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 del 2016, presto los servicios de salud a los asegurados por la póliza SOAT de la entidad ejecutada desde su ingreso a la unidad de urgencias hasta su orden de alta o remisión; expresas porque se indica en las facturas de venta, el valor pendiente de pago por los servicios de salud prestados; y actualmente exigibles, por cuanto el plazo para el pago de cada una de las facturas de venta de servicios de salud, se encuentra más que vencido, razón ésta por la que prestan mérito ejecutivo al tenor de lo dispuesto en el artículo 422 del Código General del Proceso.

III. SUSTENTO SOBRE LA OPOSICIÓN DE LIBERTY SEGUROS S.A. (HOY HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.) FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA EJECUTIVA

Frente a la pretensión “PRIMERA”: Las objeciones de la demandada no son válidas, toda vez que las facturas cumplen con los requisitos legales para constituirse en título ejecutivo. Las afirmaciones relativas a las reclamaciones, pagos parciales o inexistencia de la obligación serán desvirtuadas ampliamente en las excepciones de mérito.

Frente a la pretensión “SEGUNDA”: Manifiesto que en las facturas se configuro la aceptación tácita, debido a la falta de objeciones notificadas de forma oportuna. En el presente escrito se explicará por qué si procede los intereses moratorios.

Frente a la pretensión “TERCERA”: Solicitamos se mantenga el mandamiento de pago y no se constituya caución, toda vez que la aseguradora tiene la obligación de realizar los pagos por los servicios de salud prestados a sus usuarios. Además, se debe de tener en cuenta que mi representada apporto las ciento treinta y nueve (139) facturas con sus respectivos soportes.

Frente a la pretensión “CUARTA”: Si procede debido a que mi representada si ha demostrado que **LIBERTY SEGUROS S.A. HOY HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** tiene la obligación de pagar las facturas libradas con ocasión de los servicios de salud prestados a los asegurados y los posteriores servicios médicos a urgencias.

IV. SUSTENTO DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS SOBRE LOS HECHOS EN LOS QUE ELLAS SE FUNDA

En los términos del artículo 443 del Código General del Proceso, se procede a exponer el sustento fáctico, normativo y jurisprudencial, con el fin de desvirtuar los argumentos de la defensa formulada de la siguiente manera:

1. Respecto a la excepción de mérito: “inexistencia de un título ejecutivo (complejo) – en este caso se están cobrando títulos complejos, que han sido aportados de manera incompleta o parcial – falta de una obligación clara, expresa y exigible.”

Me permito señalar que las afirmaciones realizadas por la parte demandada no cumplen con la carga probatoria, por lo tanto, deben ser desestimadas, debido a que la demanda ejecutiva presentada por mi representada cumple de manera plena con los requisitos formales establecidos por la normativa para la constitución de un título ejecutivo complejo.

En este sentido, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 422 del Código General del Proceso, es evidente que las facturas presentadas, fueron debidamente radicadas y acompañadas de sus respectivos soportes, constituyendo títulos que dan cuenta de una obligación clara, expresa y exigible.

1.1. La parte demandada supedita la existencia del título ejecutivo a la anexión de la póliza de seguros, interpretación que desconoce el alcance y sentido de los artículos 1053 del Código de Comercio, 2.6.1.4.2.20 y 2.6.1.4.3.4 del Decreto 780 de 2016.

En primer lugar, el artículo 1053 del Código de Comercio y el artículo 2.6.1.4.2.20 no exigen la presentación de la póliza como documento autónomo, sino la formulación de una reclamación debidamente acompañada de los comprobantes necesarios que acrediten la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la obligación.

En efecto, el artículo 1053 del código de comercio establece que:

“La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en los siguientes casos:

1) En los seguros dotales, una vez cumplido el respectivo plazo.

2) En los seguros de vida, en general, respecto de los valores de cesión o rescate, y

3) Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según ~~las condiciones de la correspondiente póliza~~, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada ~~de manera seria y fundada~~. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda.”

Se debe destacar, que algunos apartes del artículo han sido modificados o derogados, por lo que las normas invocadas por la aseguradora no son plenamente aplicables al caso.

Por su parte, el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016 regula de manera específica los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago por servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, estableciendo lo siguiente:

“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 o el resumen clínicos 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 o el resumen clínicos 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.” (negrilla y subraya fuera del texto)

En virtud de lo anterior, se concluye que en ningún numeral se exige la presentación de la póliza como requisito para la procedencia del cobro, razón por la cual los documentos previstos en la normativa vigente fueron debidamente allegados por mi representada y obran en el expediente.

Frente a ello, los comprobantes exigidos por la normativa vigente fueron debidamente allegados por mi representada y reposan en el expediente, sin que **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.** haya ejercido su carga procesal de objetarlos oportunamente.

Finalmente, se pone de presente que, conforme a lo establecido en el artículo 2.6.1.4.3.4 del Decreto 780 de 2016, a las aseguradoras les corresponde verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de beneficiario, la cuantía, la presentación en término y que la misma no haya sido reconocida con anterioridad, quedándole prohibido a **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.**, en el caso concreto, pretende el togado excepcionar solicitando documentos adicionales a los establecidos para tramitar y pagar la reclamación por los servicios de salud brindados a las víctimas de accidente de tránsito atendidas, cuando ello se encuentra expresamente prohibido, como reza la norma:

- **“Decreto 780 de 2016. Artículo. 2.6.1.4.3.4. Prohibición de solicitud de documentos adicionales.**

Ni el Fosyga, ni las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT podrán solicitar a los reclamantes documentos adicionales a los establecidos en el presente Capítulo ni en la resolución que emita el Ministerio de Salud y Protección Social para tramitar y pagar los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo. “

En este contexto, Las objeciones de la parte demandada resultan genéricas, en tanto no identifican con precisión cuáles son los soportes faltantes a las ni aportan elementos que permitan concluir la invalidez del título ejecutivo. Por el contrario, **FABILU S.A.S.** aportó ciento treinta y nueve (139) facturas debidamente radicadas, acompañadas de la documentación exigida por el anexo técnico No. 5 de la Resolución 3047 de 2008, así como por el artículo 26 del Decreto 056 de 2015 y el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016, aplicable a reclamaciones derivadas del SOAT. Dichos documentos incluyen historias clínicas, epicrisis, autorizaciones, registros de atención, formularios de reclamación, entre otros soportes. Por lo tanto, esta excepción no está llamada a prosperar y se debe desestimar, dado que la parte demandada no ha demostrado circunstancia alguna que desvirtúe la exigibilidad de las obligaciones contenidas en los documentos aportados por **FABILU S.A.S.**

1.2. No obstante, la aseguradora sostiene que las facturas no cumplen con los requisitos formales por la supuesta omisión en la entrega de soportes, y para ello anexa un cuadro en el que relaciona las facturas y señala, de manera general, las observaciones respecto de los documentos que, según su criterio, hacen falta.

1.2.1. las siguientes facturas tiene observación de que no cuentan con póliza: FS262748 FS263190 FS263916 FS264157 FS264383 FS264932 FS268871 FS269133 FS269380 FS269543 FS269544 FS270052 FS270202 FS270333 FS270372 FS270432 FS271366 FS271517 FS273712 FS275120 FS278446 FS278929 FS281399 FS285446 FS286392 FS287689 FS288204 FS288255 FS288461 FS288715 FS291517 FS291719 FS291734 FS293129 FS266101 FS267996 FS269133 FS271399 FS272293 FS272364 FS272492 FS272933 FS272936 FS273128 FS273240 FS273283 FS273394 FS273469 FS273507 FS273549 FS274281 FS275035 FS275255 FS275822 FS275838 FS276000 FS276024 FS276328 FS276474 FS276941 FS277241 FS278078 FS278685 FS278992 FS278993 FS279416 FS279566 FS279920 FS281007 FS281102 FS281105.

Se reitera, que la ley no impone como requisito para la validez de la factura la anexión de la póliza, entendiendo que no es exigible a las IPS la búsqueda exhaustiva de dicha póliza para cada paciente atendido, lo cual sería contrario a los principios de eficiencia y continuidad en la prestación del servicio de salud. En consecuencia, el conjunto documental allegado satisface los estándares legales para constituir un título ejecutivo complejo.

1.2.2. En relación con las ciento treinta y nueve (139) facturas, se alega que algunas fueron devueltas o glosadas por falta de soportes o que se efectuaron pagos parciales. No obstante, la aseguradora no aporta prueba alguna de la notificación de dichas devoluciones o glosas, ni documentos que acrediten las transferencias bancarias o cheques correspondientes al pago de las facturas.

1.2.3. Finalmente, respecto a la afirmación de que el valor facturado no coincide con lo consignado en el FURIPS, se realizó en su momento la revisión de las facturas en cuestión, confirmando que los valores efectivamente coinciden.

En virtud de lo anterior, se pone en conocimiento de este Honorable Despacho que la parte demandada está planteando las mismas excepciones que ya fueron abordadas en el recurso de reposición. En consecuencia, solicito que se tenga en cuenta la respuesta proporcionada por mi representada en dicho recurso para la adopción de la decisión correspondiente. Por tanto, no está llamada a prosperar y se debe desestimar.

2. Respecto a la excepción de mérito: “inexistencia de la obligación de pago derivada de la factura objeto de demanda, como quiera que la parte demandante no subsanó las glosas formuladas oportunamente por mi representada, conforme al decreto 056 de 2015, y, por tanto, dichas glosas u objeciones, se entenderán aceptadas por el demandante – facturas devueltas por HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.).”

2.1. Ahora bien, la parte demandada sostiene que se realizaron devoluciones y glosas dentro del término legal, conforme a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, en concordancia con la ley 1122 de 2007, Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008 con su anexo técnico N° 5, argumentando que no se cumplían los requisitos legales y, por tanto, no se configuraba una obligación clara, expresa y exigible. Sin embargo, la demandada no aportó prueba de la notificación de las objeciones dentro del término legal.

Por lo tanto, es importante señalar que, en su momento, la aseguradora perdió la oportunidad legal para objetar, configurándose una aceptación tácita de la factura. En consecuencia, sí se constituye una obligación clara, expresa y exigible, conforme a lo dispuesto en el artículo 1053 del Código de Comercio, dicho artículo establece que la reclamación acompañada de los respectivos comprobantes, que no sea objetada oportunamente, **tiene mérito ejecutivo**, sin que sea necesario anexar copia de la póliza cuando el vínculo contractual no ha sido controvertido.

En esta situación se evidencia claramente en las páginas 19 y 20 de las excepciones de mérito, donde se advierte la falta de objeción oportuna por parte de la aseguradora conforme al tiempo para interponer las objeciones.

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 suministrador por los prestadores de tales servicios, veamos:

"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) días 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 enviadas 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.

Es pertinente resaltar que el artículo 23 del Decreto 4747 de 2007 ha sido citado de manera incorrecta, como se evidenció previamente, lo que deja sin sustento jurídico las afirmaciones realizadas por la aseguradora **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.)**.

Adicionalmente, es importante precisar que el debate procesal se centra en la aceptación tácita originada en la extemporaneidad de las objeciones, y no en el argumento que pretende introducir la parte demandada en torno a las respuestas, más aún cuando no obra en el expediente prueba alguna de la notificación de dichas objeciones.

Así las cosas, superado el término estipulado para resolver y pagar las reclamaciones con cargo a las pólizas expedidas por las aseguradoras, las facturas radicadas son exigibles para pago por aceptación tácita al no haber sido sujetas a objeción por parte de la deudora.

Se reitera que todas las facturas cuentan con los soportes de ley según cada caso, teniendo en cuenta el anexo 5 de la resolución 3047 de 2007 y esto se pueden constatar en las ciento treinta y nueve (139) facturas que fueron aportadas.

2.2. Por otra parte, en cuanto al cuadro aportado por la parte demandada en la página 20 en adelante de las excepciones de mérito, en el que se consignan observaciones genéricas como "factura paga", "diferencia corresponde a glosa", "factura devuelta u objetada" y "factura paga en su totalidad", debe advertirse que tales anotaciones no tienen valor probatorio, toda vez que la parte demandada no ha aportado los documentos que respalden dichas afirmaciones, ni ha especificado, de manera concreta, cuáles son los

documentos faltantes en cada factura. Además, no ha quedado demostrado que las notificaciones hayan sido realizadas dentro del término legal establecido ni que se haya realizado los pagos mencionados.

En ese orden de ideas, al no existir prueba suficiente que desvirtúe la exigibilidad de los títulos ejecutados, y considerando que la aseguradora no formuló objeción dentro del término legal establecido ni demostró haberlo hecho, se considera que se ha configurado la aceptación tácita de las facturas, conforme lo dispuesto en el artículo 1053 del Código de Comercio. En consecuencia, ante la falta de notificación oportuna de la glosa o devolución, se consolida una obligación clara, expresa y exigible, lo que justifica la ratificación del mandamiento de pago dictado en el presente proceso.

En virtud de lo anterior, corresponde ahora pronunciarse sobre los requisitos que, según la aseguradora, no cumplirían las facturas presentadas.

- Soportes estándar de las facturas: anexo 5 de la resolución 3047 de 2007:

“c. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO.

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Autorización. Si aplica.
- c. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Resumen de atención o epicrisis.
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
- f. Registro de anestesia. Si aplica. Comprobante de recibido del usuario.
- h. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella. i. (IPAT)”

La demandada manifiesta que algunos de los requisitos mencionados no hacen parte de la factura, sin embargo, no individualiza cuales son los faltantes a la factura, por lo tanto, se considera que esta apreciación es indeterminada y debe de ser desestimada por el despacho.

- Inexistencia de cumplimiento de Anexos para el pago por atención de urgencias - ley 1438 de 2011 artículo 8°. Atención inicial de urgencias:

Ante esta apreciación, se analiza de la misma manera que el anterior punto, toda vez que, su fundamento solo se basa en manifestar que las facturas “no cumplen este requerimiento legal, pues no aportó la totalidad de soportes requeridos por ley” y no aportan o individualizan cual es el soporte faltante a la factura.

Por lo tanto, como fue probado al Despacho judicial, las reclamaciones se encuentran debidamente radicadas junto con los soportes establecidos en la normatividad vigente, sin

notificación oportuna por parte de la aseguradora, encontrándose ampliamente vencido los términos. Ante esto se debe desestimar por vaguedad y carencia probatoria.

3. Respecto a la excepción de mérito: “extinción de la obligación por pago”

La aseguradora **LIBERTY SEGUROS S.A.**, actualmente conocida como **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.**, invoca el artículo 1625 del código civil, que establece que la obligación se extingue por "solución o pago efectivo", toda vez, que ha manifestado que existen facturas que ya han sido pagadas en su totalidad, y que por lo tanto consideran innecesario que se emita un mandamiento de pago sobre dichas facturas. Sin embargo, mi representada presentó ante la aseguradora las facturas correspondientes a pagos parciales, las cuales aún tienen saldo a favor, y sobre estos saldos se está realizando la ejecución. Cabe resaltar, que la aseguradora se refiere de manera general a las facturas pagadas en su 'totalidad', pero no aporta evidencia del pago de dichas facturas, considerando que mi representada no posee ningún documento que respalde tal afirmación.

Ante esto, la aseguradora ha solicitado la extinción del proceso, aludiendo a que la obligación ya ha sido satisfecha, no obstante, al no presentar la documentación que corrobore el pago de los saldos aquí ejecutados, su solicitud de extinción es prematura y carece de fundamento, pues de acuerdo con la jurisprudencia y el código civil, el pago de una deuda solo puede ser considerado extinguidor de la obligación si se demuestra de manera efectiva que dicho pago ha tenido lugar como lo indica el artículo 1626 del código civil precisando que el pago debe hacerse de manera efectiva, es decir, debe ser completo y suficientemente probado.

En virtud de lo anterior, se aporta una relación que corresponden a aquellas facturas de las cuales la parte demandada afirma haber efectuado el pago total, indicando un valor distinto al que actualmente se reclama. No obstante, el monto exigido corresponde al saldo pendiente de cada factura, y no al valor total inicialmente facturado.

No.	FACTURA	NRO FACTURA	TOTAL - FACTURA	VALOR PAGADO	SALDO EJECUTADO
1	FS295302	295302	11.159.922	9.529.622	\$ 1.630.300
2	FS295108	295108	8.345.020	6.149.200	\$ 2.154.772
3	FS264157	264157	6.311.300	1.646.258	\$ 4.665.042
4	FS264383	264383	10.267.654	3.793.563	\$ 6.474.091
5	FS278929	278929	6.431.451	4.267.403	\$ 940.148
6	FS290298	290298	2.466.189	865.608	\$ 1.600.581
7	FS291918	291918	808.252	806.188	\$ 2.064
8	FS292510	292510	1.611.456	1.577.802	\$ 33.654
9	FS293126	293126	7.948.953	6.222.181	\$ 1.726.772

10	FS295308	295308	17.537.071	13.461.088	\$	4.075.983
----	----------	--------	------------	------------	----	-----------

Como se evidencia, mi representada sí efectuó el cobro correspondiente de las facturas, toda vez que el mandamiento de pago se expidió con base en los valores efectivamente presentados, y no sobre los montos que la parte demandada hace mención. Por lo tanto, solicito a su Honorable Despacho que se desestime la excepción de fondo presentada y se continúe con el proceso ejecutivo, dado que la obligación sigue vigente y la demandada no ha demostrado su cumplimiento, además, que se mantenga la validez del mandamiento de pago y se continúe con las medidas cautelares necesarias para la protección de los derechos de mi representada.

4. Respecto a la excepción de mérito: “los documentos no constituyen una obligación clara, expresa y exigible, dado el incumplimiento del numeral 3º del artículo 5º del decreto 3227 de 2009.”

Es necesario considerar que la norma invocada por la parte demandada fue expedida para regular la circulación de facturas como títulos valores. Sin embargo, esta norma no es de aplicación exclusiva o excluyente respecto del régimen especial aplicable a las facturas del sector salud.

El artículo 56 de la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016, contemplan un tratamiento específico para las facturas en el ámbito de la salud, estableciendo que se entienden recibidas cuando se entregan por correo electrónico y que su falta de pago habilita el cobro ejecutivo. En ese sentido, el requisito formal de incluir "bajo gravedad de juramento" la aceptación tácita en la factura se considera no exigible, debido a que se ha probado la prestación efectiva del servicio, existe radicación formal ante la entidad deudora y no hubo notificación oportuna de las reclamaciones por parte de la demandada dentro de los plazos reglamentarios.

La parte demandada sostiene que las facturas no contienen la manifestación bajo gravedad de juramento exigida por el numeral 3º del artículo 5º del Decreto 3227 de 2009, sin embargo, esta normatividad reglamentó parcialmente la ley 1231 de 2008 la cual se basa en:

“la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones”

Por lo tanto, esta excepción no puede prosperar debido a que la naturaleza de la relación entre **FABILU S.A.S.** y la aseguradora excluye la necesidad del juramento formal en la factura, toda vez que mi representada no actúa como una empresa comercial ordinaria sino como **prestador de servicios de salud**, y sus facturas no son títulos autónomos sino parte de un conjunto de documentos complejos que incluye la historia clínica o epicrisis, FURIPS, constancias de atención, entre otros documentos, radicados directamente ante la aseguradora como se demostró en la demanda presentada.

En este contexto, la aceptación tácita no se deduce exclusivamente del contenido de la factura, sino del comportamiento procesal de la aseguradora. En particular, cuando se observa que recibe las facturas junto con sus respectivos soportes, no presenta

reclamaciones dentro del plazo, guarda silencio y permite que transcurra el término legal, lo cual configura una aceptación tácita de las obligaciones. Por lo tanto, no es exigible que la factura incluya dicha manifestación.

Por otra parte, el artículo 5 del Decreto 3227 de 2009 en su numeral 3º establece una formalidad razonable en relaciones civiles y mercantiles ordinarias, pero no puede aplicarse rígidamente en contextos donde existe una normatividad especial prevalente, como es el caso del SOAT y los trámites de cobro de servicios médicos, pues en esta normatividad se ha reconocido que, en el ámbito de la salud, prevalecen los principios de celeridad, eficiencia y continuidad del servicio, y que los títulos ejecutivos complejos en salud no se desconfiguran por la falta de un formalismo si se prueba de manera suficiente la prestación efectiva del servicio, la radicación del cobro y la inacción de la aseguradora. En este caso, la omisión de consignar la gravedad de juramento no desvirtúa la prueba documental ni el derecho cierto y exigible derivado de la efectiva prestación del servicio de salud.

En conclusión, la normatividad expuesta por la demandada no es exigible en el marco de títulos ejecutivos complejos del sector salud, toda vez que se allegaron los soporte necesarios para la configuración del título según el artículo 1053 del Código de Comercio y el artículo 26 del decreto 056 del 2015 configurándose la aceptación tácita, ante esta situación, solicitamos respetuosamente mantener el mandamiento de pago proferido, al estar plenamente demostrado el derecho de **FABILU S.A.S.** a obtener el recaudo ejecutivo por los servicios prestados y se desestime la excepción propuesta.

5. Respecto a la excepción de mérito: “la obligación no es exigible por cuanto no se cumplen los requisitos del decreto único del sector salud. (decreto 780 de 2016).”

La parte demandada sostiene que las facturas presentadas por **FABILU S.A.S.** no constituyen obligaciones exigibles porque, según alega, no se cumplieron los requisitos establecidos en los artículos 2.5.3.4.10 y 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016. Sin embargo, el propósito de dicho decreto no es impedir el pago de servicios efectivamente prestados, sino garantizar la trazabilidad y transparencia del proceso de cobro.

La Corte Suprema de Justicia ha reiterado que la falta de algunos documentos soporte no impide, por sí sola, que una factura sea exigible, especialmente cuando la obligación ha sido aceptada de manera tácita por el deudor, esto es aún más claro cuando existe constancia de la radicación de las facturas y la aseguradora no prueba la notificación de la objeción de forma oportuna de las reclamaciones conforme al término legal.

En este caso, mi representada presentó facturas que cumplen con las exigencias propias de los títulos ejecutivos complejos en el sector salud, incluyendo no solo las facturas de venta, sino también los soportes clínicos básicos exigidos por la normativa vigente.

A pesar de ello, la aseguradora incumplió su deber de objetar oportunamente a dichas reclamaciones, configurándose así una aceptación tácita y la exigibilidad de las obligaciones, conforme al artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 de 2016, pues esta norma no solo impone obligaciones al prestador para presentar soportes conforme al mecanismo de pago establecido, sino que también establece una carga para la entidad responsable del pago, en donde debe revisar, glosar o responder las cuentas dentro de los plazos legales. En este caso, **LIBERTY SEGUROS S.A. (hoy HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.)** no

devolvió ni glosó las facturas en tiempo, y además reconoció que en algunas de ellas se hicieron pagos parciales, lo cual confirma la existencia del vínculo obligacional.

Por tanto, no puede alegar ahora el incumplimiento normativo del prestador como causa de invalidez o inexistencia del título, cuando fue ella misma quien incumplió sus deberes legales y permitió el surgimiento de la obligación ejecutiva, menos aún puede hacerlo cuando se ha demostrado que el servicio fue efectivamente prestado, la factura fue radicada y no fue objetada dentro del término legal, pues el pago no puede condicionarse a la entrega material de todos y cada uno de los anexos si, en el proceso, se prueba que el servicio fue real, facturado correctamente y **no fue controvertido a tiempo**. Por tanto, no está llamada a prosperar y se debe desestimar.

6. respecto a la excepción de mérito: “la sola afirmación del demandante de ninguna manera puede constituir plena prueba de un supuesto fáctico.”

En la referida, el apoderado judicial de la parte pasiva plantea que los hechos relatados en el cuerpo de la demanda obedecen a apreciaciones subjetivas sin ningún sustento probatorio. Así las cosas, es necesario advertir que conforme lo expuesto en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015 la factura de venta en conjunto con los soportes de la prestación del servicio en salud, son los documentos idóneos y pertinentes que certifican la efectiva prestación del servicio en salud y por tanto suman plena prueba de lo aquí pretendido, documentos que fueron remitidos por mi representa al despacho con la presentación de la demanda.

En este orden, el artículo 165 del Código General del Proceso dispone que:

*“Artículo 165. Medios de prueba. **Son medios de prueba la declaración de parte, la confesión, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios, los informes y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez. El juez practicará las pruebas no previstas en este código de acuerdo con las disposiciones que regulen medios semejantes o según su prudente juicio, preservando los principios y garantías constitucionales**”.* *Negrita fuera*

En este sentido, se allegó prueba documental suficiente que respalda los hechos expuestos en la demanda cumpliendo con la carga probatoria legal establecida en los Decretos 056 de 2015 y el 780 de 2016, por lo que, la argumentación presentada no responde a consideraciones subjetivas o idealistas, sino que se encuentra debidamente sustentada en documentos idóneos y pertinentes, tales como **la factura de venta, los documentos asistenciales y los documentos administrativos**, los cuales respaldan de manera directa y concreta las afirmaciones realizadas. Por ello, no es admisible pretender desconocer hechos respaldados en un medio de prueba idóneo, conforme lo dispone el citado artículo.

Adicionalmente, no resulta procedente, en esta etapa procesal, alegar una supuesta falta de pertinencia respecto de los hechos narrados en la demanda. Las objeciones sobre la utilidad de las atenciones de salud deben ser ventiladas dentro de la oportunidad legal de la auditoria de cuentas medicas estipulado en los Decretos 056 de 2015 y 780 de 2016. Lo pretendido en este momento no constituye una excepción de fondo frente a la obligación o el título en el que se funda la pretensión, sino más bien una estrategia dilatoria que pretende alterar el curso natural del proceso y desvirtuar las etapas legales establecidas.

Le corresponde probar que las objeciones planteadas encuentran su fundamento en la pertinencia médica, normativa o jurisprudencial, aportando las objeciones realizadas sobre las facturas en mención, sin embargo, la demandada no aporta documentación que respalde la excepción que aquí se pretende hacer valer. Por tanto, no está llamada a prosperar y se debe desestimar.

7. Respecto a la excepción de mérito: “los documentos por los que se libró mandamiento de pago no son claros expresos y exigibles puesto que no reúnen los requisitos exigidos por el decreto 56 del 2015 frente al reconocimiento y pago de los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito por cuenta del SOAT.”

Ante esto, la demandada sostiene que los documentos no constituyen una obligación clara, expresa y exigible, argumentando que los documentos aportados por mi representada no fueron radicados conforme a los requisitos establecidos en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015, lo que, según ella, implica la inexistencia de un título ejecutivo. No obstante, como ha quedado demostrado, **FABILU S.A.S.** realizó la debida radicación de las facturas junto con los respectivos soportes legales. Además, la aseguradora sigue planteado de manera general, debido a que sigue sin especificar cuáles son los requisitos que, según ella, estarían ausentes en las facturas presentadas por mi representada.

En virtud de lo anterior, las facturas de servicios de salud y sus soportes con ocasión de la atención de urgencias y posteriores a urgencias, radicadas ante la ejecutada, constituyen un título ejecutivo complejo, que contiene obligaciones **claras**, porque se encuentran definido el sujeto deudor, **LIBERTY SEGUROS S.A. HOY HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.**, quien por virtud de la ley debe garantizar la financiación de los servicios de salud prestados a sus asegurados y/o beneficiarios conforme a la póliza de seguro afectada con la reclamación, y el acreedor es **FABILU S.A.S.**, que por obligación legal, impuesta por el artículo 2.5.3.2.5., 2.6.1.4.2.3., 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 del 2016, debió prestar los servicios de salud a los asegurados de la entidad ejecutada desde su ingreso a la unidad de urgencias hasta su orden de alta o remisión; **expresas** porque se indica en las facturas de venta, el valor pendiente de pago por los servicios de salud prestados; y actualmente **exigibles**, por cuanto se configuro la aceptación tácita al no ser objetadas dentro del término concedido por la normatividad vigente a la aseguradora, razón ésta por la que prestan mérito ejecutivo al tenor de lo dispuesto en el artículo 422 del Código General del Proceso. Por tanto, no está llamada a prosperar y se debe desestimar.

8. Respecto a la excepción de mérito: “el proceso ejecutivo no es la vía procesal acertada para resolver el objeto de la litis.”

El proceso ejecutivo constituye, en este caso, la vía procesal adecuada para hacer exigible la obligación contenida en las facturas presentadas por mi representada y que obran en el expediente. En efecto, la normativa vigente y en particular el artículo 422 del Código General del Proceso establece que para la procedencia de esta clase de procesos basta con la existencia de un título que contenga una obligación **clara, expresa y exigible**.

En ese sentido, **FABILU S.A.S.** allegó con su demanda un conjunto de facturas acompañadas de los documentos que acreditan la prestación efectiva de servicios de salud, estas piezas procesales cumplen con los requisitos exigidos por la ley y la jurisprudencia para ser consideradas títulos ejecutivos, en tanto contienen obligaciones determinadas y exigibles a cargo de la parte demandada.

En consecuencia, debe concluirse que el proceso ejecutivo fue promovido de manera adecuada, y que las facturas aportadas cuentan con el respaldo documental suficiente para acreditar la existencia de una obligación exigible, toda vez que la parte demandada no realizó las devoluciones o glosas en el tiempo establecido por la Ley. La objeción genérica de la aseguradora frente a la idoneidad de la vía procesal no solo desconoce la naturaleza jurídica del proceso ejecutivo, sino que pretende trasladar el debate a un escenario declarativo de manera injustificada, a pesar de que existe una deuda clara respaldada por títulos válidos.

Por lo tanto, se solicita al despacho desestimar la excepción formulada, en la medida en que no se acreditó circunstancia alguna que comprometa la idoneidad del proceso ejecutivo ni la validez de los títulos presentados. En ese orden, debe continuarse con el trámite de la presente ejecución, a efectos de obtener el pago efectivo de las obligaciones legalmente exigidas por mi representada.

9. Respecto a la excepción de mérito: “improcedencia del cobro de facturas glosadas a partir del cobro ejecutivo- existe un procedimiento especial que la parte demandante no puede omitir.”

Esta excepción debe ser desestimada, debido a que la demandada tiene una interpretación errónea del marco normativo aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y desconoce la naturaleza y alcance del proceso ejecutivo, así como los requisitos legales del título que le sirve de fundamento.

En primer lugar, resulta pertinente señalar que la existencia de una glosa o devolución por parte de la aseguradora no despoja automáticamente a la factura de su carácter de título ejecutivo, especialmente cuando dicha objeción no fue notificada dentro del término legal previsto, configurándose la aceptación tácita. De hecho, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 regula un trámite de verificación y conciliación, pero no establece una condición excluyente para acceder a la jurisdicción ordinaria, lo que allí se contempla es una vía alternativa y preferente de solución de controversias, no una vía exclusiva ni excluyente del proceso ejecutivo.

En este contexto, debe recordarse que la Superintendencia Nacional de Salud puede ejercer funciones jurisdiccionales únicamente en los términos expresamente previstos en la ley, y siempre que las partes así lo acepten. Tal como lo señala, el literal f) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 establece la posibilidad de acudir a dicha entidad para resolver conflictos por glosas o devoluciones, pero no impone una obligación de agotar esa vía como requisito de procedibilidad para la acción ejecutiva.

Asimismo, es importante precisar que la jurisprudencia de la Corte Constitucional citada por la parte demandada no excluye la competencia de la jurisdicción ordinaria para conocer procesos ejecutivos derivados del cobro de facturas por servicios de salud efectivamente prestados y que cumplen con los requisitos legales exigidos. Lo que ha reiterado es que la Superintendencia Nacional de Salud puede ejercer funciones jurisdiccionales en casos de controversias administrativas relacionadas con objeciones, sin que ello signifique una limitación del acceso a la jurisdicción ordinaria cuando se configura un título ejecutivo conforme al artículo 422 del Código General del Proceso.

En el presente asunto, las facturas objeto del cobro cumplen con todos los requisitos de ley, ya que corresponden a servicios efectivamente prestados, cuentan con el soporte documental exigido, fueron debidamente radicadas ante la entidad demandada, y se configuró aceptación tácita de las mismas, al no haberse formulado objeciones dentro del término legalmente establecido. En consecuencia, existe una obligación clara, expresa y exigible, que faculta plenamente a mi representada para ejercer la acción ejecutiva.

En virtud de lo anterior, no puede pretenderse utilizar un trámite administrativo previo como excusa para eludir el pago de las obligaciones claras contenidas en las facturas ni para impedir el acceso de mi representada a la jurisdicción ordinaria a efectos de obtener su reconocimiento y pago.

En consecuencia, solicito respetuosamente a su despacho que se desestime esta excepción por contraria al ordenamiento jurídico, y se reitere la validez del título ejecutivo que sustenta la presente demanda.

10. Respecto a la excepción de mérito: “enriquecimiento sin justa causa”

En el presente caso, la excepción propuesta resulta improcedente, toda vez **que FABILU S.A.S.** ha acreditado la existencia de una obligación clara, expresa y exigible, derivada de la efectiva prestación de servicios de salud a víctimas de un accidente de tránsito amparado por el SOAT. Esta obligación se encuentra debidamente respaldada por la expedición y presentación de las facturas conforme a los requisitos legales, así como por la existencia de documentación médica, informes y demás soportes que certifican la atención prestada.

Adicionalmente, **FABILU S.A.S.** ha incurrido en diversos gastos operacionales necesarios para la prestación de dichos servicios, los cuales ya han sido cubiertos, incluyendo pagos a empleados, proveedores, prestadores de servicios de salud, especialistas, así como salarios al personal médico - asistencial y administrativo, además de costos por medicamentos, insumos, alimentación, entre otros. En consecuencia, lo que se busca mediante el presente proceso es recuperar los valores efectivamente erogados en cumplimiento de dicha obligación.

Por lo tanto, para que se configure el enriquecimiento sin justa causa, es necesario que una de las partes obtenga un beneficio injustificado en perjuicio de la otra, sin que medie una causa jurídica que legitime dicho provecho y siempre que se acredite la inequidad o la ausencia de fundamento legal que lo respalde. Sin embargo, En virtud de lo anterior, mi representada no pretende enriquecerse sin causa alguna, cabe aclarar que es la reclamación del pago justo y debido por los servicios efectivamente prestados y que se encuentran documentados y respaldados por la normatividad vigente. La postura de la aseguradora al desconocer sin fundamento suficiente la obligación de pago, configura una negativa injustificada que conlleva a la mora y por ende a la responsabilidad frente a intereses moratorios y demás perjuicios. Sin duda, no existe detrimento para la aseguradora ni ventaja indebida para la parte demandante, sino el cumplimiento de una obligación contractual y legal, cuyo reconocimiento se encuentra amparado en el principio de autonomía de la voluntad y el cumplimiento de las normas que regulan el SOAT.

De acuerdo con la normativa aplicable, la factura emitida por la IPS es un documento idóneo para certificar la prestación efectiva del servicio. En el caso concreto, la factura presentada esta acompañada de los soportes correspondientes que demuestran que los servicios fueron prestados, en consecuencia, no se puede considerar que haya existido un cobro indebido, ya que las facturas fueron emitidas correctamente y reflejan el costo de los servicios realmente prestados. No existe ninguna evidencia que sugiera que la IPS haya cobrado por servicios no prestados o que haya incurrido en alguna irregularidad en el proceso de facturación.

11. Respecto a la excepción de mérito:” improcedencia de los intereses de mora”

La obligación de Pago de Intereses Moratorios en el Marco de las Normas Vigentes de acuerdo con el Decreto 780 de 2016 y las leyes relacionadas, como la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, determinan que las entidades responsables del pago, tales como **LIBERTY SEGUROS S.A. (HOY HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.)**, están obligadas a hacer efectivo el pago de los montos adeudados en los plazos estipulados por las normativas aplicables. En el supuesto de que dicho pago no se realice dentro de los plazos legales establecidos, se genera la obligación de pago de intereses moratorios, tal como lo regula el artículo 2.5.3.4.5.7 del Decreto 780 de 2016:

“La entidad responsable de pago que no cumpla con los plazos de pago establecidos en los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007, 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011, o formule glosas infundadas o inexistentes, estará obligada a reconocer intereses moratorios al prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud desde el vencimiento de los plazos”.

Como bien se sabe, dicha factura se encuentra respaldada por aceptación tácita por parte de la entidad demandada, lo que, conforme a la normatividad vigente genera la obligación de reconocer los intereses moratorios a partir de la radicación de la reclamación. Es relevante destacar que **FABILU S.A.S** cumplió en tiempo y forma con la presentación de la factura y la solicitud de pago, siendo la aseguradora la protagonista en dilatar el pago mediante objeciones que no se realizaron dentro del tiempo que exige la ley, por lo tanto, deben dar lugar al reconocimiento de los intereses moratorios sobre la cantidad adeudada,

tal y como lo establece la normatividad en mención. Este reconocimiento de intereses debe calcularse a partir del vencimiento de los plazos de pago establecidos por la ley.

En consecuencia, cualquier objeción formulada respecto de una factura debe ser debidamente notificada dentro del plazo legalmente establecido. Por tanto, si la aseguradora presenta una causal de objeción por fuera de dicho término, esta carece de validez jurídica al no cumplir con los requisitos formales exigidos por la normativa aplicable. Por ende, no se puede suspender el curso del pago o la generación de intereses moratorios con base a una causal extemporánea, lo que significa que la presente excepción no está llamada a prosperar y se debe desestimar por parte del Juez.

12. Respecto a la excepción de mérito: “prescripción derivada del contrato de seguro.”

Respecto al término de la prescripción de la acción es menester traer a colación lo proferido en la sentencia STC 3056-2021 del 24 de marzo de 2021, con ponencia del magistrado Álvaro Fernando García Restrepo, la cual proporciona una base clave para comprender como los tribunales interpretan los plazos de prescripción en casos complejos, como aquellos que involucran la interacción entre el Derecho Civil y el Derecho Comercial:

Así entonces aseguró, que dicho título ejecutivo complejo de naturaleza especial para cobrar la prestación de servicios en salud no se rige bajo el amparo de la norma mercantil, motivo por el cual, «el término prescriptivo que debe ser aplicado para su cobro judicial corresponde al de la acción ejecutiva que está gobernada por el artículo 2536 del Código Civil, que en su nueva redacción al tenor del artículo 8° de la Ley 791 de 2002 dispone ‘La acción ejecutiva se prescribe por cinco (5) años. Y la ordinaria por diez (10). La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco (5) años, y convertida en ordinaria durará solamente otros cinco’, razón por la cual no puede exigirse que se cumpla la prescripción que contempla el Código de Comercio para la acción cambiaria», máxime cuando «ninguna disposición normativa ha previsto un término de prescripción para el ejercicio de la acción ejecutiva, para el cobro de las facturas de prestación o venta de servicios de salud, incluidas la de SOAT. (...)

Y que si bien es cierto que «[p]ara el caso del SOAT el artículo 10 del Decreto 3990 de 2007, como el artículo 41 del Decreto 056 de 2015, señalan que las instituciones prestadoras de servicios de salud 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», lo que ello significa es que, dicho término «es para presentar la correspondiente facturación con sus soportes, más no el que tiene el prestador del servicio para ejercitar la acción ejecutiva para el pago de la obligación que se deriva de la misma. Es de aclarar que lo que da paso a la vía ejecutiva para el cobro de las facturas de venta, expedidas con ocasión de la prestación de servicios de salud, es que la aseguradora no las haya objetado en debida forma dentro del término legal, ya sea por falta de fundamentación o por silencio, además de que no

las haya cancelado, por lo que el demandante para iniciar el juicio ejecutivo debe aducir la prueba que presentó la reclamación y realizarla conforme a las resultas del trámite de esta». (Subrayado fuera de texto).

Lo anterior expresa que el artículo 2536 del código civil, establece una regla general sobre la prescripción de acciones que no tienen plazos específicos. Según esa disposición, en estos casos, la falta de un plazo específico para las reclamaciones judiciales implicaría que se debe adherir al término general previsto por el Código Civil que es 10 años para las acciones declarativas y 5 años para las acciones ejecutivas. Esta postura ha sido respaldada por diversas decisiones judiciales, buscando aplicar de manera coherente los principios generales del derecho civil a situaciones donde la ley no proporciona una normativa específica. De alguna manera, esta es una forma de garantizar la certeza jurídica y la protección de los derechos, dado que una acción judicial no puede perpetuarse sin riesgo de caducar.

“Toda prescripción que no se encuentre expresamente consagrada en una norma especial, se rige por el término previsto para la prescripción extintiva de la acción ordinaria, pues es ésta la que tiene la virtualidad de extinguir todas las acciones reales o personales que no están sujetas a prescripciones más breves.” (Sala de Casación Civil de la Corte Suprema, Sentencia del 5 de agosto de 2013, radicado 66682-31-03-001-2004-00103-01, MP: Ariel Salazar Ramírez).

Lo expuesto, permite afirmar de manera categórica que, en el marco del ejercicio de una acción ordinaria de carácter ejecutivo dirigida a obtener el reconocimiento y pago de servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, el término de prescripción aplicable no es el previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, sino el consagrado en el artículo 2536 del Código Civil, esto es el de cinco (5) años.

Así pues, resulta plenamente aplicable en virtud de que el ordenamiento jurídico no contempla una norma especial que regule expresamente la prescripción de este tipo de acciones judiciales, una vez cumplida la carga de presentar en tiempo la reclamación extrajudicial ante la aseguradora. Por consiguiente, y conforme al principio de aplicación supletoria del Código Civil, es este el régimen que se debe tener en cuenta en lo concerniente a la extinción del derecho por el paso del tiempo.

Esta interpretación ha sido acogida tanto por la Corte Suprema de Justicia como por el Consejo de Estado, quienes han reiterado que, en ausencia de una disposición especial que establezca un término diferente, deben aplicarse los plazos generales para las acciones establecidas en el Código Civil, puesto que, la jurisprudencia ha sido clara en señalar que el término de dos (2) años establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio se refiere exclusivamente al plazo para presentar la reclamación directa ante la aseguradora, y no al término de prescripción de las acciones judiciales que pueda derivarse de dicha reclamación.

El Consejo de Estado en desarrollo de su línea jurisprudencial sobre el SOAT, ha abordado la temática de la prescripción extintiva, destacando el carácter subjetivo que tiene la prescripción ordinaria en este ámbito. Esta alta corporación ha precisado que dicho término

comienza a contarse desde el momento en que el interesado conoce o debe conocer el hecho que da origen a su derecho:

"La prescripción ordinaria encierra un elemento de carácter eminentemente subjetivo, en tanto corre contra quien, derivando algún derecho del seguro y gozando de capacidad legal, conozca o deba conocer, por su misma posición, el evento respectivo." (Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia sobre prescripción en contrato de seguro bajo la modalidad claims made).

Este razonamiento permite reforzar la tesis conforme a la cual el término de prescripción de las acciones judiciales derivadas de contratos de seguros no puede asimilarse sin más al previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, el cual se refiere únicamente al término para elevar una reclamación directa ante la aseguradora. Por tanto, los argumentos esbozados conllevan a que se declare no probada la excepción

13. Respecto a la excepción de mérito: "Prescripción de las facturas como títulos ejecutivos (acción cambiaria)".

La aseguradora al interponer la presente excepción pretende que se reconozca la prescripción de la acción cambiaria respecto a la factura de venta emitida por la prestación de servicios de salud a la víctima amparada por la póliza SOAT. Sin embargo, dicha excepción no está llamada a prosperar, puesto que la factura emitida por los prestadores de servicios de salud en el contexto de SOAT no cumple con los requisitos establecidos para ser considerada como título valor, por cuanto, no son instrumentos de crédito que circulen por el mercado ni tienen la capacidad de ser endosadas o transferidas. Se limitan a ser documentos mercantiles que simplemente registran una obligación de pago de un servicio prestado.

Tal criterio fue ampliado en Sentencia SCT3056 de 24 de marzo de 2021, en los siguientes términos:

(...) De este modo, a diferencia de lo considerado por la gestora del amparo, lo determinado reposa sobre el contenido de los medios de convicción, a la par de un razonable entendimiento de los mismos, y la aplicación de las normas aplicables a la materia, cuestión que impide sostener que en esa actividad se hubiera incurrido en alguna de las causales de procedencia del amparo invocadas (...), en tanto que tal y como lo dejó anotado la Corporación criticada en la sentencia de segundo grado debatida, se concluyó que i) los títulos ejecutivos complejos aportados como báculo de la acción ejecutiva, sí prestaban mérito ejecutivo, de conformidad a las normas especiales atrás referenciadas que regulan las facturas para el cobro de los servicios prestados por la E.S.E Hospital Universitario E.M., a las víctimas de accidentes de tránsito, más aún cuando ii) las glosas alegadas por la ejecutada, no se presentaron en debida forma; iii) que el término prescriptivo alegado, corresponde al contemplado en el canon 2536 del Código Civil, y no al que establece la norma mercantil para la acción cambiaria o, para el contrato de seguro; y, iv) que de acuerdo a las probanzas arrimadas, la excepción de pago sólo podía prosperar frente a dos de las facturas cobradas.

Tal criterio fue ampliado en sentencia SC3075 de 2024 MP. MARTHA PATRICIA GUZMÁN ÁLVAREZ.

“(…) Así, al no tratarse de una obligación incorporada en un instrumento cambiario, el importe de referida factura no se puede reclamar a través de la acción cambiaria, ni el documento podría circular como si fuera un título-valor⁴³. Para habilitar el cobro ejecutivo de la cobertura de gastos médicos del SOAT, se reitera, es necesario aportar todos los documentos que el ordenamiento exige para acreditar el siniestro y la pérdida, en los términos que establecen los citados artículos 1053-3 y 1077 del estatuto mercantil, y la normativa especial del SOAT, previamente reseñada. (…)”

De lo anterior se puede inferir que las facturas de los servicios de salud prestados a las víctimas del SOAT se consideran un documento probatorio de una deuda, pero no generan los efectos típicos de los títulos valores, puesto que para lograr su ejecución requiere de un conjunto de documentos lo cual lo convierte en un título complejo, mientras que el título valor ya sea un cheque, pagare o letra de cambio tienen la capacidad de ejecutarse directamente sin presentar documentos adicionales, es decir, basta con la presentación del mero título donde consta las obligaciones claras, expresas y exigibles que constituyen plena prueba de estas. Por ello el cobro de las facturas deben regirse por los mecanismo y procedimientos establecidos en la legislación que regula SOAT y no a través de la acción cambiaria.

14. Respecto a la excepción de mérito: “genérica o innominada y otras”

Frente a esta excepción, la parte demandada se limita a invocar una fórmula genérica, amparándose en el artículo 282 del Código General del Proceso, sin especificar pruebas o fundamentos que puedan configurar una causal eximente de responsabilidad. Si bien, la norma es clara al señalar que el juez podrá considerar aquellas excepciones “cuando aparezcan probadas en el proceso”, lo que presupone la existencia de elementos que efectivamente las demuestren, y no meras afirmaciones vagas o genéricas.

En este caso, la parte demandada no ha señalado ni demostrado prueba alguna que permita inferir que existe una causal eximente de su obligación de pago frente a las facturas, ni ha allegado prueba que desvirtúe la validez de las facturas objeto del proceso.

Por lo tanto, solicito respetuosamente a su despacho que se desestime esta excepción innominada por improcedente y carente de sustento probatorio, y que en su lugar se mantenga incólume la demanda ejecutiva presentada.

V. OPOSICIÓN A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA DEMANDANDA

Me permito oponerme a las pruebas solicitadas por la parte demandada en el escrito de excepciones de mérito en los siguientes términos:

1. En relación con el numeral 4 de las pruebas solicitadas, respetuosamente solicito al honorable despacho no conceder esta prueba, en tanto que la sociedad **ODONTOTRANS S.A.S.** no hace parte de ningún extremo procesal del presente litigio, y en consecuencia no resulta conducente, ni pertinente y tampoco útil la práctica de esta prueba.

2. Además, la entidad demanda solicita a la sociedad **ODONTOTRANS S.A.S.** la entrega de una copia del historial de las transacciones realizadas entre esta empresa y **LIBERTY SEGUROS S.A. HOY HDI SEGUROS COLOMBIA S.A.**, por ello, y en el mismo sentido del numeral anterior, al no ser parte de este proceso, no debe ser decretada ni tramitada esta prueba, la cual carece de todo fundamento jurídico y razonable.

VI. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decrete como prueba la siguiente:

TESTIMONIALES

Solicito el Decreto y Practica del testimonio al Doctor **JORGE LUIS ZABALETA** identificado con cédula de ciudadanía No. 73.508.550 quien se desempeña como jefe de Auditoría Concurrente y Cuentas Médicas de **FABILU S.A.S.** o quien haga sus veces, y se puede citar al correo electrónico: jefe.auditoriaayctas@clinicacolombiaes.com o a través del suscrito apoderado.

Testimonio que se solicita para que deponga sobre el proceso de presentación de la facturación de la vigencia 2023, de las reclamaciones y la contestación de objeciones de las facturas radicadas a la parte demandada. Además, aporta un conocimiento técnico científico sobre la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que regula específicamente el tema de glosas y devoluciones formuladas por las entidades prestadoras de servicios en salud a las reclamaciones efectuadas por la prestación de servicios en salud a su población afiliada.

Señor Juez,

ENTIENDASE FIRMADO CON EL ENVIO

JORGE URIEL RUEDA ROMERO

C.C. 91.292.913 de Bucaramanga

T.P. No 208-777 del C.S.J.

Apoderado

jorgeurielabogados@gmail.com

Celular 3177672241

Proyecto: Isabella B.R.