

Señores

JUZGADO OCTAVO (8°) CIVIL MUNICIPAL DE CALI

j08cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: EJECUTIVO

RADICADO: 760014003008-**2025-00514**-00

DEMANDANTE: FABILU S.A.S.

DEMANDADO: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

**ASUNTO: RECURSO DE REPOSICIÓN CONTRA EL AUTO QUE LIBRA MANDAMIENTO DE
PAGO DE FECHA 13 DE JUNIO DE 2025**

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 C. S. de la J, con dirección electrónica para notificaciones: notificaciones@gha.com.co obrando en mi calidad de apoderado especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**, identificada con NIT. No. 860.524.654-6, y con correo electrónico de notificaciones: notificaciones@solidaria.com.co, de conformidad con el poder adjunto, de manera respetuosa formulo **RECURSO DE REPOSICIÓN** contra el Auto del 13 de junio de 2025, por medio del cual se libra mandamiento de pago en contra de mi procurada, para que se revoque y en su lugar se rechace la demanda ejecutiva, de acuerdo con lo siguiente:

I. PROCEDENCIA Y OPORTUNIDAD DEL RECURSO

A efectos de que su Despacho se sirva revocar la referida providencia que se impugna mediante el presente recurso, resulta imperioso tener presente lo preceptuado por el artículo 318 del Código General del Proceso, el cual señala la procedencia y la oportunidad de interponer el recurso ordinario de reposición:

“(…) Artículo 318. Procedencia y oportunidades: Salvo norma en contrario, el recurso de reposición procede contra los autos que dicte el juez, contra los del magistrado sustanciador no susceptibles de súplica y contra los de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, para que se reformen o revoquen.

(…)

PARÁGRAFO. Cuando el recurrente impugne una providencia judicial mediante un recurso improcedente, el juez deberá tramitar la impugnación por las reglas del recurso que resultare procedente, siempre que haya sido interpuesto oportunamente. (…) (resaltando propio)

Así mismo, el artículo 430 de la misma normatividad, expone:

“(…) Artículo 430. Mandamiento ejecutivo: Presentada la demanda

acompañada de documento que preste mérito ejecutivo, el juez librará mandamiento ordenando al demandado que cumpla la obligación en la forma pedida, si fuere procedente, o en la que aquel considere legal.

Los requisitos formales del título ejecutivo sólo podrán discutirse mediante recurso de reposición contra el mandamiento ejecutivo. *No se admitirá ninguna controversia sobre los requisitos del título que no haya sido planteada por medio de dicho recurso. En consecuencia, los defectos formales del título ejecutivo no podrán reconocerse o declararse por el juez en la sentencia o en el auto que ordene seguir adelante la ejecución, según fuere el caso. (...)*”
(resaltado propio)

Luego, el presente recurso se interpone siguiendo las normas legales que lo regulan, en consecuencia, este es admisible en virtud de que procede contra los autos que profiera el juez y el mismo se interpone oportunamente, precisando que hasta el momento mi representada no ha sido notificada personalmente, frente a la providencia de alzada, siendo procedente interponer el recurso.

Frente a este particular, la Corte Suprema de Justicia se ha manifestado sobre el alcance del recurso de reposición en los siguientes términos:

“(...) El recurso de reposición es un medio de impugnación de las providencias judiciales cuya función consiste en que el mismo funcionario que la profirió pueda corregir los errores de juicio y, eventualmente, de actividad que aquellas padezcan, como consecuencia de lo cual podrán ser revocadas, modificadas o adicionadas. De esa manera, los fundamentos fácticos, probatorios y jurídicos de la decisión constituyen el objeto legítimo del ejercicio dialéctico propio de los recursos (...).”¹

En conclusión, el presente recurso de reposición se interpone contra un Auto de fecha 13 de junio de 2025, notificado por estados del 16 de junio del 2025, el cual aún no ha sido notificado personalmente a mi procurada y emitido por este Despacho. Sin embargo, se precisa que el Despacho mediante auto del 15 de agosto de 2025 y notificado en estados el 19 de agosto de 2025, reconoció personería al suscrito para actuar dentro del presente asunto, y únicamente el 22 de agosto de 2025 permitió acceso al expediente digital. Por lo anterior, se encuentra clara la procedencia del Recurso de Reposición y formulada en término en el caso sub judice.

II. FUNDAMENTOS FACTICOS DEL RECURSO

PRIMERO: La sociedad, Fabilu S.A.S., presentó demanda ejecutiva en contra de la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., pretendiendo de la exigibilidad de las facturas de venta por la prestación de los servicios de salud, que según afirma la actora, el ejecutante a la fecha no brindó

¹ Corte Suprema de Justicia, Auto interlocutorio AP1021-2017 de 22 de febrero de 2017

comunicación alguna de causal, glosa u objeción de las facturas relacionadas y tampoco se efectuó el pago de las mismas.

SEGUNDO: El Juzgado Octavo (8°) Civil Municipal de Cali, mediante providencia del 13 de junio de 2025, decidió librar mandamiento de pago por la vía del proceso ejecutivo, a favor de la parte actora y en contra de mi procurada, por la suma de \$70.545.646.

TERCERO: Pese a lo anterior, el Despacho pasó por inadvertido que varias de las facturas aportadas como base de recaudo y sobre las cuales versó el equivocado Auto que libró mandamiento de pago, adolecen de los requisitos legales para constituirse en el título complejo que impone el Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.2.4.20 y a su vez, de lo indicado en los Decreto 663 de 1993 y 3990 de 2007, a la luz de los artículos 1053 y 1077 del Código de Comercio, y que soporta la demanda.

CUARTO: Las facturas allegadas a este proceso, corresponden a un título ejecutivo de naturaleza compleja, cuya exigibilidad no puede evaluarse de forma aislada sino a partir del cumplimiento de los requisitos previstos en el Decreto 056 de 2015, aplicable a las reclamaciones derivadas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT–. Dichas normas exigen que, para que proceda el pago por parte de la aseguradora, la entidad de salud debe aportar no solo la factura, sino también un conjunto de documentos que acrediten la prestación efectiva del servicio y su relación con el accidente de tránsito, conforme lo dispone el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, en concordancia con la Ley 1122 de 2007, el Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008 con su anexo técnico No. 5. Así las cosas, al no haberse cumplido tales exigencias, no es posible predicar la existencia de una obligación clara, expresa y exigible, de modo que el auto que libró mandamiento de pago, debe ser revocado por haberse dictado sin que se acreditara un título ejecutivo en debida forma

QUINTO: Además, no puede perderse de vista que, las facturas allegadas por el ejecutante fueron **objetadas** por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., tal como se acredita en la demanda, comoquiera que en una investigación de campo que, se realiza a todos los vehículos titulares del SOAT presuntamente involucrados en siniestros viales, se logró establecer que varios de esos vehículos, **no estuvieron inmersos** en accidentes de tránsito, en las fechas reportadas por la activa. Además, también se le expuso a la sociedad demandante que, varios de los valores pretendidos estaban por fuera de cobertura. Al respecto, se tiene lo siguiente:

- **Para la factura No. FS241246:** En la investigación de campo, se determinó que la motocicleta de placa CMN-874 no estuvo involucrada en el accidente ocurrió el 05 de enero de 2023. De cara ello, no existe obligación económica alguna, en cabeza de la Aseguradora Solidaria de Colombia EC para generar el pago pretendido a cargo de dicha factura.
- **Para la Factura No. FS10792:** El vehículo de placa GBT-383 no fue el involucrado en el accidente del 03 de abril de 2020. La víctima del caso, señor Albeiro De Jesús Agudelo Carmona, confirmó que el vehículo que le causó las lesiones se identifica con la placa

CBT-383, siendo esta muy diferente a la relacionada en la factura que se pretende cobrar a la Aseguradora Solidaria de Colombia EC.

- **Para la Factura No. FS106306:** La motocicleta de placa WIB-18C, no fue participe del accidente de tránsito del 05 de julio de 2021, sobre el cual se pretende cobrar una suma de dinero de a m procurada. Dicha información, fue corroborada por la misma víctima del evento, señor José Wilson Henao Vargas, quien al describir el vehículo que le generó las lesiones, no coincidían con las características del vehículo de placa WIB-18C.
- **Para la Factura No. FS122540:** Se logra establecer que la motocicleta de placa CFT-26A, no estuvo inmersa en el accidente del 29 de julio de 2021, pues se corrobora con la información recibida por testigos y registro de tránsito refieren que el accidente ocurrió en la moto con placa **CTF-26A** marca YAMAHA, servicio PARTICULAR, color PURPURA, modelo 2017, siendo una muy diferente a la moto de placa CFT-26A, por la que se pretende cobrar la factura identificada.
- **Para la Factura No. FS16106:** Para esta factura se le requirió oportunamente a la entidad accionante, remitir la Resolución De Tarifas Del Traslado Del Área, comoquiera que el seguro cuenta con un tope máximo para ello. Sin embargo, la sociedad Fabilu S.A.S., no adoso el mismo.

Conforme a lo anterior, es claro que la hoy accionante, pretende el cobro de montos económicos no causados, pues ha sido claro que varios de los vehículos titulares de SOAT, no estuvieron involucrados en ningún accidente en las fechas en las que esa entidad hubiera podido o no prestar el servicio médico. De cara a ello, no puede refutarse una obligación en cabeza de Aseguradora Solidaria de Colombia O.C., cuando claramente no le asiste asidero jurídico, ni lega, para afrontar emolumentos económicos que no han sido causados.

Por lo anterior, expondré al Despacho, los argumentos y fundamentos para dar lugar a revocar el auto de alzada, así:

III. FUNDAMENTO JURÍDICOS DEL RECURSO

1. IMPROCEDENCIA DEL PAGO SOLICITADO POR EL EXTREMO ACTOR.

Es inviable que Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. acceda a lo pretendido por el extremo actor, esto es, el pago de las facturas No. FS122540, FS106306, FS241246, FS10792 y FS16106, toda vez que, la obligación condicional para ese pago no se ha generado, el cual es que efectivamente los vehículos asegurados mediante el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsitos emitidos por mi procurada, estuvieran **verdaderamente involucrados en un accidente de tránsito**, sin embargo, ello en el caso particular no ocurrió. Pues como se expuso con anterioridad, bajo la potestad que tiene la Compañía Aseguradora, para investigar las acciones relacionadas para la afectación del SOAT, pudo con claridad establecer y determinar que varios de los vehículos que contaban con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsitos

FACTURA No. 122540

FS122540	04/10/2021	\$23,783,612	\$23,783,612	Se glosa en función a 8.16, por la cantidad: 1, por el valor de 23.783.612 debido a: según procedimiento de auditoria de campo se pudo determinar que las lesiones sufridas por el paciente si son consecuencia de un accidente de tránsito, sin embargo, las mismas no fueron ocasionadas por la motocicleta vehiculo de placa CFT26A. Lo anterior se corrobora con la información recibida por testigos y registro de tránsito quienes refieren accidente ocurrido en la moto con placa CTF26A marca YAMAHA, servicio PARTICULAR, color PURPURA, modelo 2017. // Respuesta Glosa: jpochoa - 27/12/2021] se reitera objeción, según procedimiento de auditoria de campo se pudo determinar que las lesiones sufridas por el paciente si son consecuencia de un accidente de tránsito, sin embargo, las mismas no fueron ocasionadas por la motocicleta vehiculo de placa CFT26A. // Respuesta Glosa: jpochoa - 31/01/2022] se reitera objeción, según procedimiento de auditoria de campo se pudo determinar que las lesiones sufridas por el paciente si son consecuencia de un accidente de tránsito, sin embargo, las mismas no fueron ocasionadas por la motocicleta vehiculo de placa CFT26A. // Respuesta Glosa: cavillac - 17/06/2022] Se reitera atención, según procedimiento de auditoria de campo se pudo determinar que las lesiones sufridas por el paciente si son consecuencia de un accidente de tránsito, sin embargo, las mismas no fueron ocasionadas por la motocicleta vehiculo de placa CFT26A, no acuerdo entre las partes.	\$0	\$0	\$23,783,612	Se reitera atención, según procedimiento de auditoria de campo se pudo determinar que las lesiones sufridas por el paciente si son consecuencia de un accidente de tránsito, sin embargo, las mismas no fueron ocasionadas por la motocicleta vehiculo de placa CFT26A, no acuerdo entre las partes.
----------	------------	--------------	--------------	---	-----	-----	--------------	--

FACTURA No. 10792

FS10792	21/05/2020	\$22,709,580	\$22,709,580	reconoce el cobro de observacion I (Codigo Proc) : 77709 (Nombre Proc) : GASTOS MEDICOS (Tipo Glosa April) : No cubierto SOAT (Observacion Glosa) : SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EN LA QUE SE CONFIRMA QUE EL VEHICULO DE PLACA GBT383 POR EL CUAL ESTA COBRANDO LA ENTIDAD NO HA SUFRIDO NINGUN ACCIDENTE. EL CONDUCTOR CONFIRMA QUE EL VEHICULO QUE LE CAUSA LAS LESIONES CORRESPONDE A LA PLACA CBT383. // I (Codigo Proc) : 77709 (Nombre Proc) : GASTOS MEDICOS (Tipo Glosa April) : No cubierto SOAT (Observacion Glosa) : SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EN LA QUE SE CONFIRMA QUE EL VEHICULO DE PLACA GBT383 POR EL CUAL ESTA COBRANDO LA ENTIDAD NO HA SUFRIDO NINGUN ACCIDENTE. EL CONDUCTOR CONFIRMA QUE EL VEHICULO QUE LE CAUSA LAS LESIONES CORRESPONDE A LA PLACA CBT383.	\$0	\$0	\$22,709,580	Se reitera reclamación completa por 22.709.580, de acuerdo con auditoria de campo no se puede reconocer siniestro toda vez que corresponde a un evento no cubierto por este plan de beneficios, siendo el at el 03042020 la paca GBT383 no ha sufrido ningún accidente, no acuerdo entre las partes.
---------	------------	--------------	--------------	--	-----	-----	--------------	--

FACTURA No. 241246

FS241246	20/04/2023	\$90,806	\$90,806	Se glosa en función a 8.92, por la cantidad: 1, por el valor de 90.806 debido a: En labores de campo se logra establecer que la motocicleta de placa CMN874 no estuvo involucrada en el accidente ocurrido el día 05.01.2023 // Respuesta Glosa: cperez - 30/05/2023] Se reitera objeción: En labores de campo se logra establecer que la motocicleta de placa CMN874 no estuvo involucrada en el accidente ocurrido el día 05.01.2023 // Respuesta Glosa: cperez - 01/08/2023] Se reitera glosa: En labores de campo se logra establecer que la motocicleta de placa CMN874 no estuvo involucrada en el accidente ocurrido el día 05.01.2023 // Respuesta Glosa: cperez - 07/12/2023] Se reitera objeción: En labores de campo se logra establecer que la motocicleta de placa CMN874 no estuvo involucrada en el accidente ocurrido el día 05.01.2023 // Respuesta Glosa: cperez - 02/02/2024] Se reitera objeción: En labores de campo se logra establecer que la motocicleta de placa CMN874 no estuvo involucrada en el accidente ocurrido el día 05.01.2023 // Respuesta Glosa: ysanchez - 05/04/2024] Se reitera objeción: En labores de campo se logra establecer que la motocicleta de placa CMN874 no estuvo involucrada en el accidente ocurrido el día 05.01.2023.	\$0	\$0	\$90,806	Se reitera glosa en labores de campo se logra establecer que la motocicleta de placa CMN874 no estuvo involucrada en el accidente ocurrido el día 05.01.2023
----------	------------	----------	----------	--	-----	-----	----------	--

FACTURA No. 16106

Señor(es):
CLINICA COLOMBIA ES - FABILU LTDA
CR 46 # 9 C 85
CALI
VALLE

REFERENCIA:

OBJECCIÓN POR TOPE MÁXIMO

Póliza Soat No. AT 1502-0544220-5
Víctima: EDGAR TIMOTE BARRETO
Valor de factura: \$ 206647
Factura No.: FS16106

Apreciados Señor(es):

En atención a su amable solicitud de pago por concepto de reclamación de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT, correspondientes a la cobertura de Gastos médicos amparada por la póliza citada en la referencia, comedidamente nos permitimos manifestarles:

Luego del análisis realizado a la documentación aportada y con base en nuestra auditoria interna, encontramos que el valor asegurado para esta cobertura equivalente a 800 SMDLV se encuentra agotado hasta límite tal como se detalla a continuación:

RECLAMANTE	VALOR PAGADO	AMPARO
CLINICA COLOMBIA ES - FABILU LTDA	\$ 2.231.736	Gastos médicos
FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY	\$ 19.851.357	Gastos médicos
TOTAL	\$ 22.083.093	

El tope máximo a pagar por Gastos médicos en el 2019 es de \$22.083.093 y cuando este se encuentra agotado, se puede reclamar a la E.P.S. o entidad a la cual se encuentre afiliado el lesionado.

Así las cosas, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, objeta la reclamación presentada y declina el pago de la indemnización solicitada.

Cualquier información adicional no dude en comunicarse con nosotros al teléfono 6464330 ext. 1855 o escribimos al correo solisoatindemnizaciones@solidaria.com.co.

Cordialmente.
GERENCIA DE SOAT

Respecto de ultima factura No. 10106, es necesario poner de presente lo establecido en el Art. 1079 del Código de Comercio, el cual precisa que se pagara hasta la suma máxima del valor asegurado para cada amparo. El referido artículo exponer:

“(…) Artículo 1079.- El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (…)” (resaltado propio)

Colindando con lo dicho, el Art. 1089 de la misma normativa, ha establecido que:

“(…) Artículo 1089.- Dentro de los límites indicados, en el Artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario. (…)” (resaltado propio)

Así las cosas, debe dejarse claridad que, para la Factura No. 10106, se le preciso a la hoy demandante, tal como se evidencia de los documentos obrantes en el plenario que, para el amparo de Gastos Médicos y demás, el límite del valor asegurado para el año 2019, fecha en la que ocurrió el accidente de tránsito, era la suma de \$22.083.093. Sin embargo, la activa pretende cobrar una suma adicional de \$267.047, el cual no estaba incluido en el valor asegurado.

Así las cosas, colindando con lo dicho, es claro que la obligación condicional de la Aseguradora Solidaria de Colombia O.C., no se cumplió en el caso bajo análisis, pues se logró establecer que varios de los vehículos amparados con el SOAT emitido por mi procurada, **no estuvieron involucrados** en los accidentes de tránsitos, por los cuales, la hoy demandante presuntamente prestó un servicio médico que, hoy pretende cobrar con cargos a esos Seguros.

Además, no se puede perder de vista que la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., es una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, quien maneja recursos económicos de sus asegurados y en caso de generar un pago, por una obligación que efectivamente no ha nacido o no se acredita fehacientemente, ello trae consigo sanciones de índole disciplinaria y económica. En ese orden de cosas, bajo esa vigilancia y supervisión que constantemente se ejerce a las compañías aseguradoras, y con el fin de mitigar el mercado negro de los SOAT, es que se efectúa esa investigación y auditorias de campo, a fin de establecer de manera cierta y eficaz, si los vehículos asegurados bajo el SOAT, se vieron involucrados o no en eventos viales.

Por lo anterior, y bajo esa potestad que tiene Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., se logró establecer que, efectivamente varios de los vehículos asegurados por mi procurada bajo el SOAT, no se vieron inmersos en accidentes de tránsitos, tal como se puso de presente a la sociedad hoy demandante. Además, se resalta que la investigación de campo, se encamina en establecer de manera cierta, a través de la declaración voluntaria de la propia víctima, cual fue el vehículo que le generó esas lesiones, llegando a la conclusión que, mucho de ellos, no tenían relación con los vehículos asegurados por Solidaria. De conformidad con lo previamente expuesto, es indudable que el pago de la suma en mención era una obligación condicional, la cual **no se**

cumplió, por lo que no podría generarse una obligación de pago en cabeza de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

En conclusión, dado que en el presente asunto no se cumplió la obligación condicional que generaba el derecho a la hoy demandante a cobrar a Solidaria sendas sumas de dinero, las pretensiones formuladas por el extremo actor no están llamadas a prosperar. Esto, por cuanto, de conformidad con la ley que rige el contrato de seguro tipo SOAT, para que este último sea afectado, debe de manera cierta, clara y evidente, concurrir un accidente vial, en el cual se encuentre inmerso el vehículo asegurado por el SOAT emitido por Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., sin embargo, para este caso no se cumplió, pues quedó claro que varios de esos vehículos no tuvieron accidentes en las fechas aludidas por la activa en sus facturas e historias clínicas. Además, no se puede perder de vista que esos contratos de seguros – SOAT-, cuentan con un límite asegurado para cada evento, circunstancia que al parecer desconoce la activa, pues con cargo a la Factura No. 10106 busca se le pague un monto superior al efectivamente asegurado por mi mandante. En este sentido, como las pretensiones de la demandante no tienen fundamento fáctico ni jurídico de conformidad con lo expuesto, ni con las normas que lo rigen, es dable concluir que es improcedente el pago solicitado por el extremo actor.

2. COBRO DE LO NO DEBIDO Y ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA

Bajo los argumentos anteriormente expuestos, es claro que no existe obligación alguna en cabeza de la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., en generar pago alguno en favor de la demandante, pues ha sido claro que la obligación condicional para que nazca ese derecho a cobrar las sumas que hoy se persigue, efectivamente no se cumplió. Por lo que, la suma de \$70.545.646, establecida en la demanda, nos enmarca frente a un COBRO DE LO NO DEBIDO y no solo se trasgrediría el precepto de *pacta sunt servanda*, si no que, nos encontraríamos en el escenario de un enriquecimiento sin justa causa.

Para efectos de ilustrar lo anteriormente expuesto, es menester traer a colación lo señalado por la Corte Suprema de Justicia acerca del cobro de lo no debido:

“Bien se sabe que el pago de lo no debido constituye en el fondo una aplicación concreta y particular del principio universalmente admitido del enriquecimiento injusto, y se haya perfectamente regulado por el ordenamiento jurídico colombiano, dentro del título que el Código Civil denomina de los Cuasicontratos.” (Subrayado y Negrita fuera de texto)

Asimismo, se ha puesto de presente que, cuando en un proceso no se está cobrando algo ciertamente debido, es viable excepcionar este cobro de lo no debido, demostrando que la obligación no existe, lo cual ocurre en el caso de marras.

Por otro lado, la Corte Suprema de Justicia determinó que para que haya enriquecimiento sin causa se requiere que un patrimonio reciba un aumento a expensas de otro, sin una causa que

lo justifique². Son tres, entonces, los requisitos que a su juicio se deben probar para que se declare la existencia de un enriquecimiento de esta índole (i) Un enriquecimiento o aumento de un patrimonio, (ii) Un empobrecimiento correlativo de otro y (iii) Que el enriquecimiento se haya producido sin causa, es decir, sin fundamento jurídico.

En similar sentido, se ha pronunciado el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera, mediante sentencia del 26 de mayo de 2010, radicación interna 29402, de la siguiente manera:

*“Como es sabido, la institución jurídica del enriquecimiento injusto o ilegítimo como también suele denominarse, ha sido estructurada paulatinamente por la jurisprudencia y la doctrina sobre la base de los principios heterogéneos de equidad y justicia, teniendo su origen remoto en el derecho romano a pesar de que en aquella época no era reconocido propiamente como principio general, contrario a lo que sucede hoy en día en la mayoría de los ordenamientos jurídicos. **La esencia del enriquecimiento injusto radica en el desplazamiento de riqueza dentro de la acepción más amplia del concepto a otro patrimonio sin que medie causa jurídica, de manera que se experimenta el acrecentamiento de un patrimonio a costa del menoscabo de otro, aun cuando en término monetarios no siempre se vea reflejado.** Para efectos de materializar el principio del no enriquecimiento sin causa, se ha dotado al sujeto empobrecido a expensas del otro de la actio de in rem verso, locución latina que significa acción de devolución de la cosa, para efectos de obtener, precisamente, el restablecimiento del patrimonio en la proporción aminorada, pero hay que aclarar que dentro de los antecedentes de la figura no sólo era la actio de in rem verso la que daba lugar a recuperar lo que hubiera enriquecido a otro, sin embargo, con el paso del tiempo la jurisprudencia consolidó esta acción para todas las hipótesis de enriquecimiento injusto, pues ésta determina la estructura de los pedimentos que se formulan ante la vulneración del principio general para efectos de concretar la reclamación por la vía jurisdiccional”³ (Subrayado y Negrita fuera de texto)*

En virtud de lo señalado, se tiene entonces que, reconocer montos económicos en favor de la demandante, por obligaciones **no causadas**, constituiría un enriquecimiento sin justa causa, no solo debido a que, la obligación condicional para su nacimiento no se cumplió, sino que además, se desconoce los valores asegurados dentro del SOAT, el cual fue acordado de manera voluntaria entre el tomador, asegurado y aseguradora, sino a que, claramente se configuran los tres elementos que ha señalado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia para que nos encontremos ante un escenario de enriquecimiento sin justa causa, puesto que, primero, se aumentaría el patrimonio de la demandante; segundo, habría un empobrecimiento en el patrimonio de la Aseguradora, en virtud, de que no solo se estaría pagando montos económicos

² Corte Suprema de Justicia. Sentencias 19 de agosto de 1935, 19 de septiembre de 1935 y 9 de noviembre de 1936.

³ Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera del 26 de mayo de 2010, Radicación interna 29402.

que no le corresponde, sino que, se peticiona se retorne una suma que ni si quiera fue asegurada por mi prohiada; y, tercero, no existe causa o fundamento jurídico para proceder con dicha pago, toda vez que la obligación condicional, la cual genera ese derecho a cobrar las sumas de dinero a mi procurada no se cumplió, como anteriormente se explicó.

En conclusión, es inviable que se ordene el pago de las sumas económicas perseguidas por la activa, por cuanto el mismo es un cobro de lo no debido y constituiría un enriquecimiento sin justa causa en favor de la Demandante, por cuanto como ya se ha expuesto a lo largo del escrito, no se cumplió la obligación condicional que, genera el derecho a cobrar sendas sumas de dinero de la activa en contra de mi procurada, pues ha sido claro que varios de los vehículos asegurados con el SOAT emitido por la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., no estuvieron inmersos en los accidentes de tránsito, por los cuales la activa prestó un supuesto servicio médico, siendo claro que la aseguradora no está obligada a reconocer los emolumentos económicos aquí perseguidos.

3. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que Fabilu S.A.S. 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 ocasiones desde el año 2019. 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.

En ese caso, el Juzgado deberá verificar si, de acuerdo con los anexos de la demanda, y en concreto con las historias clínicas y las fechas de atención de cada uno de los pacientes presuntamente atendidos por Fabilu S.A.S., y de acuerdo con la fecha de presentación de la demanda se configuraría el fenómeno de prescripción que a continuación se explica.

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:

- a) 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;***
- b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del***

artículo 1081 del Código de Comercio. (...)” (Resaltado propio)

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:*

*1.1. **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.***

(...)” (resaltado propio)

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. (...)” (resaltado fuera del texto original)

De esta forma, se tiene que el término de la prescripción para que la entidad prestadora del servicio de salud efectúe la reclamación respectiva a la aseguradora es de 2 años, los cuales deben contarse a partir de la prestación del servicio a la víctima del accidente de tránsito o desde su egreso de dicha institución, postura que ha sido respaldada por la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC-3075 de 2024:

“(…) En suma, la prescripción ordinaria de las acciones ejecutivas y declarativas con que cuentan las IPS para reclamar el pago del amparo de

gastos de salud del SOAT será de dos años, contados a partir del momento en que dicha IPS «haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción», lo cual, según la regulación especializada, sucede cuando la víctima del accidente de tránsito «fue atendida o (...) egresó de la institución prestadora». (...)» (subrayado fuera del texto original)

Así las cosas, para el caso en particular tenemos que con creces se configuro el fenómeno prescriptivo, pues de acuerdo con lo expuesto anteriormente, el termino bienal, se comienza a computar desde la fecha de egreso del paciente. De cara a ello, para cada caso tenemos lo siguiente:

i) Factura No. 16106

Póliza SOAT No. AT1502-0544220-5.

Fecha ingreso del paciente: 17/03/2019

Fecha de egreso del paciente: 17/03/2019

Fecha de presentación de la factura a Solidaria: junio de 2020

Primera respuesta de Solidaria: 30 de junio de 2020 – Objeción tope máximo asegurado

Fecha de configuración de la prescripción: 19/04/2021

Presentación de la demanda: 14/05/2025

ii) Factura 241546

Póliza SOAT No. 7000004835.

Fecha ingreso del paciente: 05/01/2023

Fecha de egreso del paciente: 05/01/2023

Fecha de presentación de la factura a Solidaria: 10/02/2023

Primera respuesta de Solidaria: 05/05/2023 – Objeción vehículo asegurado no involucrado en accidente de tránsito

Fecha de configuración de la prescripción: 25 de abril de 2025

Presentación de la demanda: 14/05/2025

iii) Factura No. 10792

Póliza SOAT No. 6637672

Fecha ingreso del paciente: 3/04/2020

Fecha de egreso del paciente: 05/04/2020

Fecha de presentación de la factura a Solidaria: 21/05/2020

Primera respuesta de Solidaria: 24/12/2021 – Objeción vehículo asegurado no involucrado en accidente de tránsito

Fecha de configuración de la prescripción: 07 de noviembre de 2023

Presentación de la demanda: 14/05/2025

iv) Factura No. 106306

Póliza SOAT No. 833885,
Fecha ingreso del paciente: 05/07/2021
Fecha de egreso del paciente: 08/07/2021
Fecha de presentación de la factura a Solidaria: 04/08/2021
Primera respuesta de Solidaria: 20/08/2021 – Objeción vehículo asegurado no involucrado en accidente de tránsito
Fecha de configuración de la prescripción: 24 de julio de 2023
Presentación de la demanda: 14/05/2025

v) Factura No. 122540

Póliza SOAT No. 945770
Fecha ingreso del paciente: 29/07/2021
Fecha de egreso del paciente: 30/08/2021
Fecha de presentación de la factura a Solidaria: 04/10/2021
Primera respuesta de Solidaria: 15/10/2021 – Objeción vehículo asegurado no involucrado en accidente de tránsito
Fecha de configuración de la prescripción: 12 de septiembre de 2023
Presentación de la demanda: 14/05/2025

Conforme a lo descrito, lo cual claramente se puede corroborar con la información adosada con la demanda, todas las acciones derivadas del contrato de seguro, se encuentran prescritas, pues han pasado más desde 2 años desde que la entidad demandante prestó el servicio médico, egresaron los pacientes y se emitieron las facturas objeto de la litis.

Por lo anterior, solicito al Despacho tener por probada la configuración de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, comoquiera que han transcurrido más de 2 años, desde que el interesado debió tener o tuvo conocimiento de la acción que daba lugar al formular la presente demanda, es decir las facturas base de la acción se emitieron hace más de 2 años, al igual que la prestación del servicio médico y el egreso de los pacientes.

4. PRESCRIPCIÓN DE LAS FACTURAS COMO TÍTULOS EJECTUVIDOS – ACCIÓN CAMBIARIA

Esta excepción se propone teniendo en cuenta que el fenómeno prescriptivo referido en el presente escrito no solo se configuró respecto de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme lo contempla el artículo 1081 del C.Co., sino que también es posible verificar que las facturas que fundamentan la presente acción cuentan con fechas de vencimiento comprendidas desde el año 2020 y 2021, por lo cual en el hipotético caso de que se pretendiera dotar de certeza la supuesta obligación alegada con fundamento en la documental referida, debe tenerse en cuenta que el régimen de los títulos valores prevé la prescripción de la acción cambiaria directa, la cual tiene lugar 3 años después del vencimiento del título valor respectivo.

Conforme a lo anterior, es necesario recordar que el régimen de los títulos valores dispone frente a la acción cambiaria lo siguiente:

“ARTÍCULO 789. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CAMBIARIA DIRECTA.

La acción cambiaria directa prescribe en tres años a partir del día del vencimiento.”

En este entendido, resulta necesario verificar en las normas del Código de Comercio lo atinente a la forma de vencimiento de la factura pues solo bajo este entendido puede darse total sentido a la norma de la prescripción ya referida. Es así como el artículo 774 del C.Co. señala:

“(…) Artículo 774. Requisitos de la factura *La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:*

1. La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 673. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguientes a la emisión.

(…)”

Por lo anterior, solicito declarar probada la prescripción de las facturas como presuntos títulos ejecutivos, a comprobar el cumplimiento de dicho interregno de tiempo.

5. 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.

Sea lo primero en precisar que, la parte actora tiene la obligación de acreditar a través de los medios idóneos, la obligación clara, expresa y exigible que se persigue a través de la demanda ejecutiva, exponiendo la plena prueba de lo reclamado, circunstancia que claramente en el caso concreto no se cumplen, comoquiera que los requisitos que establece la ley en el caso de marras, como lo son la facturas de prestación de servicio por SOAT, atendiendo a que subsiste una inconsistencia de los requisitos en las mismas, pues no cumplen a cabalidad con las exigencias de la ley 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 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. (v) Se Omitió allegar soporte de radicación de la factura. (vi) Así mismo se allegan facturas

repetidas, que cobran los mismos insumos y procedimientos.

Ahora bien, debe considerar el Despacho que la acción ejecutiva instaura contra Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., tiene su fuente legal en el artículo 1053 del Código de Comercio, en tanto allí se previeron los tres casos en que la Póliza presta mérito ejecutivo así:

*“(...) **Artículo 1053. Casos en que la póliza presta mérito ejecutivo:** 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 (...).”

Además de lo anterior, 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: 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:

(...) 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 (...)"

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: a. Estar denominada expresamente como factura de venta. b. Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio. c. Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado. d. Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta. e. Fecha de su expedición. f. Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados. g. Valor total de la operación. h. El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura. i. Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas. (...)”

En virtud de la norma transcrita, resulta claro que las exigencias para el caso en marras es, en primer lugar la existencia de la Póliza (una que ampare el respectivo riesgo), segundo, la existencia de una reclamación formal aparejada de los comprobantes necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro y tercero, la cuantía de la pérdida, aclarando desde este momento que estos requisitos no se satisfacen con la nula notificación del hecho y la solicitud de pago de la

suma asegurada efectuada por el asegurado o beneficiario. En ese sentido, es clara la naturaleza compleja del título, cuando se pretende recoger obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud, por utilización de las pólizas de SOAT, la cual es compleja 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 (...)»⁴

Es así que, jurisprudencialmente se han aclarado las condiciones para que el título tenga validez, por cuanto al ser complejo requiere entonces su radicación con los soportes definidos por normas especiales, atendiendo entonces a que, las facturas que pretenden cobrarse no 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, lo que los deja sin mérito ejecutivo. Por consiguiente, sin validez alguna para su cobro. 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 aportadas por la parte ejecutante ostentan la condición de títulos complejos, al formar una unidad jurídica, los documentos que hacen parte integrante de la factura, para así poder tenerla como título que preste mérito ejecutivo y pueda demandarse ejecutivamente.

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. Para acreditar la mencionada existencia del título valor, el extremo activo de este litigio aportó al Despacho 5 facturas de venta, cuyo supuesto origen es el suministro de servicios médicos por concepto del SOAT, prestados por parte de la sociedad Fabilu S.A.S. a usuarios amparados por SOAT emitido por la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

No obstante, se deberá tener en cuenta por el Juzgador que de los documentos aportados se desprende la inexistencia del pretendido título ejecutivo que lo habilite para librar mandamiento de pago en contra de mi prohijsada; ello en razón del artículo 26 del Decreto 56 del 2015, por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

Al respecto téngase en cuenta las siguientes observaciones que constata de casi todas las facturas no cumplen con los requisitos formales de un título ejecutivo:

⁴ Corte Suprema de Justicia, sentencia STC – 14094 DE 2022 Radicado No. 13001-22-13-000-2022 del 21 de octubre de 2022

- Se omitió allegar las pólizas de seguros de las facturas referidas y aportadas.
- No le fue aportado el formulario de reclamación que se exige para estos casos, para algunas facturas
- En algunos casos se encuentran diligenciado de forma errónea al indicar un número de factura diferente a la que se estaba cobrando.
- En algunos casos el FURIPS allegado no corresponde a la factura.
- Omitió allegar soporte de radicación de la factura.

Lo anterior, se puede evidenciar que las siguientes facturas, no cuenta con la totalidad de dichos requisitos, así:

FACTURA	VALOR
FS122540	\$ 23.783.612.00
FS106306	\$ 23.694.601.00
FS10792	\$ 22.709.580.00
FS16106	\$ 267.047.00
FS241246	\$ 90.806.00

Conforme a lo señalado anteriormente, resulta pertinente recordar que el Decreto 056 de 2015 tiene por objeto el siguiente:

“(…) Artículo 1°. Objeto. El presente 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, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo (…)”

Así, en cumplimiento del objeto señalado, dentro de la regulación establecida en el mencionado acto administrativo se determina cuáles son los amparos que rigen para el SOAT, el límite de los mismos, quién se encuentra legitimado para reclamar a la aseguradora el pago de los servicios de salud, etc. Ahora bien, dentro de este contexto, el creador de la norma ha delimitado los eventos en que la aseguradora debe responder por los gastos de la atención médica, los cuales se encuentran asociados a demostrar el origen de las lesiones que dan lugar a la atención médica.

Es por ello, que, de los documentos aportados por la parte demandante, no se evidencia constancia de que fueron radicados los documentos requeridos para el pago, 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 no existe aún título ejecutivo, por no acreditarse la prestación de estos servicios bajo los presupuestos de los artículos precitados.

En conclusión, las facturas allegadas no cumplen con los requisitos para ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo, al no haberse allegado de manera completa los documentos requeridos y de los cuales se han hecho referencia, es decir: (i) Se omitió allegar las pólizas de seguros de muchas de la mayoría de las facturas referidas y aportadas. (ii) No fueron aportadas algunas facturas en el formulario de reclamación que se exige para estos casos. (iii) Los formularios están diligenciados 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. (v) Se Omitió allegar soporte de radicación de la factura. Así las cosas, se deberá ordenar revocar el auto que libra mandamiento de pago, y en su lugar, abstenerse de seguir con la orden de pago dispuesta en el auto objeto de alzada.

6. LOS DOCUMENTOS APORTADOR CON LA DEMANDA, NO CONSTITUYEN UNA OBLIGACIÓN CLARA, EXPRESA Y EXIGIBLE, DADO EL INCUMPLIMIENTO DEL NUMERAL 3º DEL ARTÍCULO 5º DEL DECRETO 3227 DE 2009.

Con respecto a las facturas emitidas por la sociedad Fabilu S.A.S, se encuentra en todas las facturas relacionadas en la demanda, la ausencia del requisito establecido en el numeral 3 del artículo 5 del Decreto 3227 de 2009, que dispone lo siguiente:

“(...) 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 documentos allegados, se da cumplimiento al requisito precitado, puesto que, en ninguna factura, la sociedad Fabilu S.A.S., 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 presupuestos 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.

7. LA OBLIGACIÓN NO ES EXIGIBLE POR CUANTO NO SE CUMPLEN LOS REQUISITOS DEL DECRETO ÚNICO 780 DE 2016 DEL SECTOR SALUD

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 Social (…)” (resaltado propio)

Así las cosas, en el entendido del precitado artículo, 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.

En línea con lo anterior, 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 son 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).

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 víctimas 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:**

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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

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

Es evidente que en el presente caso no se encuentran los soportes de las cinco (5°) facturas por las cuales el Despacho libró mandamiento de pago, aun cuando tales documentos requeridos por el precitado artículo 2.6.1.4.2.20, resultan completamente necesarios para el pago según los preceptos del artículo 2.5.3.4.10. Por tal motivo, las obligaciones derivadas de los títulos que pretende hacer valer la demandante no son exigibles, dado que no se cumplió con las cargas dispuestas en la normativa referenciada. En consecuencia, si las facturas no están acompañadas de los respectivos soportes, no se genera obligación en cabeza de la Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

8. 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 cinco (5) facturas por las cuales el Despacho libró mandamiento de pago, aun cuando tales documentos resultan necesarios para el pago según los términos del artículo 2.5.3.4.10, es necesario indicar que en el proceso no existen elementos de conocimiento, así como tampoco se acompañó prueba en la factura, del supuesto servicio prestado a las víctimas de accidentes de tránsito, que se pretenden cobrar en este proceso, por lo que no sería factible cobrar dichas facturas 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. (...)”² (resaltado propio)*

Así las cosas, no se está dando cumplimiento a los requisitos de las obligaciones ejecutables, toda vez que no es clara de dónde proviene o de qué se deriva la factura. Razón por la cual, solicito nuevamente al Despacho, que se sirva revocar el mandamiento de pago librado mediante al auto del 13 de junio de 2025, en contra de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., habida cuenta de que no existen soportes de la prestación efectiva de los servicios y no pueden

entenderse probados con el mero dicho del demandante.

9. 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

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. Para acreditar la mencionada existencia del título valor, el extremo activo de este litigio aportó al Despacho cinco (5) facturas de venta cuyo supuesto origen es el suministro de servicios médicos por concepto del SOAT, prestados por parte de la Fabilu S.A., a usuarios de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

No obstante, se deberá tener en cuenta por el Despacho que, de los documentos aportados se desprende la inexistencia del pretendido título ejecutivo que lo habilite para librar mandamiento de pago en contra de mi prohijada; ello en razón del artículo 26 del Decreto 56 del 2015, por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

El artículo 26 del Decreto 56 del 2015 señala con claridad cuáles son los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, así:

“(…) 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:

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.

Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

- a. 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.*
- b. 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.*

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

- c. 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.*
- d. 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.*
- e. 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.*

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.

Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS (...)"

En este mismo sentido, el artículo 31 del mencionado Decreto, preceptuó:

“(...) Artículo 31.- Contenido de la Epicrisis. Para los efectos del presente decreto la epicrisis debe contener como mínimo los siguientes datos:

- 1. Primer nombre y primer apellido del paciente.*
- 2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.*
- 3. Servicio de ingreso.*
- 4. Hora y fecha de ingreso.*
- 5. Servicio de egreso.*

6. *Hora y fecha de egreso.*
7. *Motivo de consulta.*
8. *Enfermedad actual, información que debe contener:*
 - 8.1. *La relación con el evento que originó la atención.*
 - 8.2. *Relación de recibido del paciente en caso de ingreso por remisión de otra IPS.*
9. *Antecedentes.*
10. *Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio.*
11. *Hallazgos del examen físico.*
12. *Diagnóstico de ingreso.*
13. *Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.*
14. *Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo.*
15. *Resultados de la totalidad de procedimientos diagnósticos y todos aquellos que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.*
16. *Justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten.*
17. *Diagnósticos de egreso.*
18. *Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad si la hubiere.*
19. *Plan de manejo ambulatorio.*
20. *En caso que el paciente sea remitido a otra IPS, relación de la remisión.*
21. *Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.*

Parágrafo 1°. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario (...)"

Resulta menester señalar, 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 no existe aún título ejecutivo, por no acreditarse la prestación de estos servicios bajo los presupuestos de los artículos precitados.

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

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 (...)”⁵

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.

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

⁵ CSJ. AC1837-2019. Radicación n.º 11001-02-03-000-2019-01290-00

Este reparo se propone, comoquiera que el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el cual es incluso citado por la parte accionante en el libelo 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) 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 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 mecanismos 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 lo 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 lo 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 en el evento de demostrarse que el presente conflicto se trata de un asunto por devolución de facturas o glosas este sería de competencia para su conocimiento de la superintendencia de salud.

A manera de síntesis, podemos decir entonces que este reparo 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.

12. 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.

Ciertamente, no procede reconocer intereses moratorios en favor de la parte demandante, porque no existió una obligación principal válida derivada de las facturas presentadas. En consecuencia, no existe fundamento legal ni fáctico que sustente la procedencia de los intereses de mora reclamados en esta causa.

IV. SOLICITUD

Conforme a las consideraciones de hecho y de derecho expuestas, respetuosamente solicito lo siguiente:

PRIMERO: Que se **DECLARE** que no existe una obligación clara, expresa y exigible en los términos del artículo 422 del CGP, a favor del demandante y a cargo de mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

SEGUNDO: Como consecuencia de lo anterior, que se **REVOQUE** el mandamiento ejecutivo de fecha 13 de junio de 2025, y en su lugar:

TERCERO: Se **RECHACE** de plano la demanda ejecutiva presentada por la sociedad FABILU S.A.S. en contra de mi procurada, por cuanto el título con base en el cual se promovió la presente acción no contiene una obligación clara, expresa ni exigible y, en consecuencia, la controversia necesariamente debe ser ventilada en un proceso declarativo.

CUARTO: Reconocer personería al suscrito, para actuar dentro del presente asunto, conforme el memorial poder adjunto.

V. NOTIFICACIONES

El suscrito recibe notificaciones en la Avenida 6 A Bis No. 35 N - 100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali.

Correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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