

Señor
JUEZ OCTAVO (08) CIVIL MUNICIPAL DE CALI.
J08cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co
E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN EJECUTIVA DE MENOR CUANTÍA
DEMANDANTE: FABILU S.A.S
DEMANDADO: ASEGURADORA SOLIDARIA E.C
RADICADO: 76001400300-2025-00514-00
ASUNTO: PRONUNCIAMIENTO RESPECTO AL RECURSO DE REPOSICIÓN INTERPUESTO POR LA ASEGURADORA SOLIDARIA E.C CONTRA EL AUTO No. 1315 del 13 DE JUNIO DE 2025 QUE LIBRA MANDAMIENTO EJECUTIVO.

LIZA MARÍA CASTILLO CORREA, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Cali, identificada con cédula de ciudadanía No. 34.330.968 de Popayán y portadora de la tarjeta profesional No. 384.344 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderada principal de la sociedad **FABILU S.A.S.**, identificada con NIT. 900.242.742-1, propietaria del establecimiento de comercio **CLÍNICA COLOMBIA ES** identificado con matrícula mercantil No. 802975, por medio del presente escrito de manera respetuosa me permito pronunciar respecto al recurso de reposición interpuesto por la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** contra el Auto No. 1315 que libra mandamiento ejecutivo.

I. OPORTUNIDAD PARA SUSTENTAR EL RECURSO

Dentro del término legal, presento mi oposición al recurso de reposición interpuesto por la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C**, mediante el cual solicita se revoque el mandamiento ejecutivo y se rechace de plano la demanda ejecutiva en contra de la aseguradora.

II. FRENTE A LOS REPAROS ESGRIMIDOS EN EL RECURSO DE REPOSICIÓN

1. 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.

En primer lugar, me permito señalar que las afirmaciones realizadas por la aseguradora no cumplen con la carga probatoria, por 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, sin embargo, pese a las alegaciones de incompletitud de los requisitos legales en las facturas presentadas, la IPS se permite exponer lo siguiente:

Sobre la omisión de las pólizas de seguro:

Si bien, la aseguradora manifiesta que no se allegaron las pólizas de seguros en los documentos adjuntos a la factura, es importante recordar que esto no impide la existencia ni la exigibilidad de la deuda, el aporte de las pólizas no son un requisito indispensable para que las facturas sean consideradas títulos ejecutivos, pues la obligación de pago está claramente determinada en las facturas y los anexos relacionados, por lo que el supuesto incumplimiento de esta formalidad no afecta la validez del mandamiento ejecutivo.

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.”*

Sin embargo, es de suma importancia resalta que dicho artículo ha sido parcialmente MODIFICADO y DEROGADO por normativas posteriores, lo que ha alterado su aplicación en el contexto actual. En este sentido, las disposiciones del Código de Comercio en relación con el mérito ejecutivo de la póliza no son plenamente aplicables al caso concreto, dado que la normativa actual, contenida en el Decreto 780 de 2016 y otras leyes complementarias ha configurado el procedimiento para el reconocimiento y pago de los servicios prestados por las IPS, estableciendo criterios específicos que no incluyen póliza como requisito.

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 normatividad vigente fueron allegados por mi representada y obran en el expediente. Esto quiere decir que, al existir una norma especial que regula exhaustivamente el procedimiento y los requisitos para el cobro de servicios de salud, esta debe prevalecer, y en ningún momento se puede exigir la presentación de un documento no contemplado en la

misma, quedándole prohibido a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C**, en el caso concreto, de solicitar documentos adicionales a los establecidos para tramitar y pagar los servicios de salud, indemnizaciones y gastos, tal cual lo estipula el Decreto 780 de 2016:

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.

Sobre la falta del formulario de reclamación en algunas facturas:

El artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016, establece claramente que uno de los documentos exigidos para la solicitud de pago es el formulario de reclamación (FURIPS), el cual debe de ir debidamente diligenciado y con su respectiva firma.

En adición a lo anterior, se realizó una revisión detallada de cada factura encontrando que la IPS cumplió cabalmente con el requisito de inclusión del FURIPS en todas las facturas correspondientes a la solicitud presentada de conformidad con la normatividad vigente. Por lo tanto, no existe deficiencia en la documentación presentada tal cual como lo afirma la parte demandada.

Sobre el error en el número de factura:

La numeración de las facturas es un elemento importante dentro del proceso administrativo, cuyo propósito es garantizar el orden y seguimiento adecuado de las transacciones realizadas. En este caso, todas las facturas presentadas cumplen con dicho propósito de manera correcta, lo que refuerza su validez como documento probatorio.

Es menester indicar que no ha existido ningún error en la enumeración de las facturas, quedando evidenciado que están correctamente enumeradas conforme a los procedimientos internos establecidos por la IPS y por tanto no cabe debatir su validez.

Sobre en algunos casos el FURIPS allegado no corresponde a la factura:

Es fundamental señalar que, en todos los casos el FURIPS allegado corresponde de manera adecuada y exacta a cada una de las facturas presentadas, por lo cual cualquier afirmación de que el mismo no corresponde a la factura debe de ser entendida como una posible confusión o error de interpretación, ya que la IPS ha cumplido con el deber de adjuntar todos los documentos conforme a los requisitos legales y normativos establecidos.

Sobre la omisión del soporte de radicación de las facturas:

Es necesario afirmar categóricamente que todas las facturas presentadas están debidamente radicadas y cuentan con el correspondiente soporte de radicación, conforme a los

procedimientos administrativos establecidos. La radicación de las facturas es una obligación administrativa que ha sido plenamente cumplida en todos los casos y la evidencia se puede encontrar en el expediente, garantizando que cada documento ha sido procesado dentro del marco legal y administrativo correspondiente.

El soporte de radicación al estar debidamente asociado con cada factura no es un documento adicional opcional, sino una parte integral del proceso que valida que la factura ha sido formalmente recibida y registrada, asegurando su trazabilidad y legitimidad. Por lo tanto, no hay ninguna omisión o deficiencia en la radicación de las facturas, ya que se ha cumplido con lo exigido por la normatividad.

Sobre las facturas repetidas:

Es esencial aclarar que no hay facturas repetidas en la documentación presentada, toda vez que las facturas allegadas son únicas y corresponden a servicios distintos y correctamente facturados en su respectivo periodo. La posible confusión derivada de la numeración similar o fechas cercanas no constituye una duplicidad de facturación, ya que cada factura tiene un número de radicación, una fecha y una descripción específica de los servicios prestados, lo que permite diferenciarlas sin lugar a duda.

De este modo, la correcta correlación entre el número de factura, FURIPS y demás documentos de respaldo, garantizan que cada solicitud de pago corresponde a una única transacción, lo que conlleva a que la verificación cruzada entre los documentos de respaldo demuestra que no hay duplicidad de servicios facturados, sino que todos los documentos corresponden a una situación y servicios distintos.

Aunado todo lo anterior, las afirmaciones de falta de requisitos de las facturas se deben de especificar de manera detallada, es decir, es imperativo indicar que facturas (por número) exactamente carecen de dichos documentos establecidos por la ley, permitiendo que el juzgado y la contraparte verifique de manera puntual. De lo contrario, cualquier argumentación imprecisa sobre la falta de requisitos no puede ser considerada como sustancial para fundamentar un rechazo, ya que carece de especificidad y no permite una correcta evaluación y refutación de las afirmaciones.

Por lo tanto, la ausencia de prueba documental que respalde dichas afirmaciones debe de conducir a la desestimación de estas, ya que el procedimiento administrativo debe de estar basado en hechos probados y no en meras afirmaciones sin respaldo.

2. LOS DOCUMENTOS APORTADOS 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.

El Decreto citado por la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C** con el fin de argumentar que no se allego en ninguna factura bajo la gravedad de juramento la indicación de que operaron los presupuestos de la aceptación tácita, establece una presunción aplicable de manera general para validar la factura. No obstante, en este caso no estamos

frente a una relación mercantil ordinaria, sino ante una relación regida por normas especiales, por lo que pretender aplicar de manera automática una norma general a una relación regulada por una normatividad especial desconoce el principio de especialidad normativa.

En el marco de este régimen especial (SOAT), la aceptación de la obligación y el carácter exigible de la factura no depende de una constancia de recibido, sino del cumplimiento del procedimiento legal de radicación de cuentas, el aporte de soportes médicos y la falta de glosa u objeción dentro del término legal. Dicho de otro modo, la aceptación se configura mediante la conducta del deudor y el silencio dentro del término legal. La factura debidamente radicada y no objetada se convierte en una obligación clara, expresa y exigible y por lo tanto en un título ejecutivo válido, sin que sea indispensable una constancia electrónica de recibido en los términos definidos, puesto que exigirla en este contexto no solo es improcedente, sino que desconoce la especialidad normativa y genera una barrera injustificada para la efectividad del cobro de las obligaciones.

Cabe además señalar que las facturas emitidas se encuentran reguladas por el Decreto 780 de 2016, que establecen plazos y mecanismos particulares para la radicación, revisión y objeción, lo cual son superiores al término general de los tres (03) días, por consiguiente, el término de la acción debe computarse de conformidad con lo estipulado en el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto en mención y que a tenor literal establece:

“Artículo 2.6.1.4.3.12. Término para resolver y pagar las reclamaciones. Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fisga a que refiere el presente decreto, se auditarán integralmente dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre de cada periodo de radicación, los cuales serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, el Ministerio de Salud y Protección Social comunicará la totalidad de ellas al reclamante, quien deberá subsanarlas u objetarlas, dentro de los dos (2) meses siguientes a la comunicación de su imposición. Si transcurrido dicho término no se recibe información por parte del reclamante, se entenderá que aceptó la glosa impuesta.

El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.

Por lo expuesto, la entidad responsable del pago **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C** contaba con un término específico de dos (02) meses para pronunciarse sobre las reclamaciones radicadas por mi representada, vencido este plazo y ante el silencio de la ejecutada, se materializó la aceptación tácita de las facturas de venta de qué trata el artículo 2.2.2.5.4. del Decreto 1154 de 2020, revistiéndolas con carácter de exigible, así:

“Artículo 2.2.2.5.4. Aceptación de la factura electrónica de venta como título valor. Atendiendo a lo indicado en los artículos 772, 773 y 774 del Código de Comercio, la

factura electrónica de venta como título valor, una vez recibida, se entiende irrevocablemente aceptada por el adquirente/deudor/aceptante en los siguientes casos:

1. Aceptación expresa: Cuando, por medios electrónicos, acepte de manera expresa el contenido de ésta, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo de la mercancía o del servicio.

2. Aceptación tácita: Cuando no reclamare al emisor en contra de su contenido, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la mercancía o del servicio. El reclamo se hará por escrito en documento electrónico.

PARÁGRAFO 1. Se entenderá recibida la mercancía o prestado el servicio con la constancia de recibo electrónica, emitida por el adquirente/deudor/aceptante, que hace parte integral de la factura, indicando el nombre, identificación o la firma de quien recibe, y la fecha de recibo.

PARÁGRAFO 2. El emisor o facturador electrónico deberá dejar constancia Electrónica de los hechos que dan lugar a la aceptación tácita del título en el RADIAN, lo que se entenderá hecho bajo la gravedad de juramento.

PARÁGRAFO 3. Una vez la factura electrónica de venta como título valor sea aceptada, no se podrá efectuar inscripciones de notas débito o notas crédito, asociadas a dicha factura.” (negrita y subraya fuera del texto).

Ahora bien, en cuanto al término de tres (03) días hábiles para reclamar al emisor sobre el contenido de la factura, en el ámbito del sector salud y en este contexto las facturas se encuentran sujetas a un proceso de auditoría técnica que debe adelantarse en un plazo de dos (02) meses a partir de su radicación.

En virtud de lo anterior, la norma invocada por la demandada es reglamentaria de la Ley 1231 de 2008, que regula la factura como título valor en relaciones comerciales ordinarias, sin embargo, la jurisprudencia y regulación han definido de manera clara que la factura de servicios de salud no constituye un título valor, sino un título ejecutivo complejo, por lo que no le es exigible el cumplimiento de los requisitos del Decreto 3227 de 2009.

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

El Decreto 780 de 2016 tiene como finalidad garantizar la transparencia y trazabilidad del proceso de cobro de los servicios prestados, más no es un instrumento que impida por sí solo el pago de servicios efectivamente prestados cuando se ha dado cumplimiento sustancial a los requisitos establecidos por la normatividad.

La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática en reiterar que la falta de algunos documentos soporte no impide la exigibilidad de una factura, especialmente cuando la obligación ha sido aceptada tácitamente por la entidad deudora, es decir, cuando no se objeta ni se glosa la factura dentro de los plazos establecidos por la ley. En este caso, la aseguradora no ha

probado que haya objetado las facturas de manera oportuna ni que haya notificado dicha objeción dentro del término legal establecido para ello.

Mi representada ha cumplido con los requisitos esenciales establecidos por la normativa para que las facturas sean consideradas como títulos ejecutivos complejos en el sector salud. Estas incluyen no solo las facturas de venta, sino también los soportes clínicos básicos exigidos, tales como epicrisis y resúmenes clínicos cuando es aplicable. Además, se han presentado todos los documentos solicitados en el Decreto 780 de 2016, lo que garantiza la validez y claridad de la obligación.

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, objetar o responder dentro de los plazos legales. En este caso, la **ASEGURADORA SOLIDARIA E.C**, no devolvió ni glosó las facturas en tiempo.

Por tanto, no puede alegar ahora el presunto incumplimiento normativo 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 nuevamente 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.

4. LA SOLA AFIRMACIÓN DEL DEMANDANTE DE NINGUNA MANERA PUEDE CONSTITUIR PLANA PRUEBA DEL SUPUESTO FÁCTICO.

El sistema jurídico regula la carga de la prueba en los artículos 167 y siguientes del Código General del Proceso; si bien quien afirma un hecho debe probarlo inicialmente. La carga probatoria debe desplazarse o modificarse conforme avance el proceso y la parte contraria puede aportar elementos para desvirtuar lo afirmado, cuando la parte demandada no aporta contraprueba suficiente o eficaz como es en este caso, las afirmaciones iniciales del demandante deben tener valor probatorio, en tanto no se demuestre lo contrario. Por ende:

En primer lugar, el apoderado judicial de la parte demandada sostiene que las cinco (5) facturas no cuentan con los soportes necesarios para librar mandamiento ejecutivo. Sin embargo, esta afirmación es incorrecta, pues dichos documentos fueron debidamente soportados por mi representada en el marco de este proceso, siendo plena prueba de los hechos expuestos en la demanda; posteriormente fueron aportados al despacho con la presentación de la demanda.

Las facturas, en conjunto con los soportes administrativos y asistenciales, no solo cumplen con la función de sustentar los hechos narrados, sino que por su propia naturaleza y conforme

a la normatividad vigente, son pruebas fehacientes que validan la prestación del servicio de salud y la correspondiente obligación de pago por parte de la aseguradora.

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.”

Es imprescindible destacar que, conforme al artículo 167 del Código General del Proceso, la carga probatoria implica que quien afirma un hecho debe aportarla para sustentar sus pretensiones, sin embargo, esta obligación debe interpretarse en sentido amplio y razonable, permitiendo que el juez valore integralmente las pruebas allegadas al proceso.

En el presente caso, **FABILU S.A.S** ha cumplido con su carga probatoria al aportar:

- Las facturas objeto de la controversia.
- Documentación clínica y médica que acredita la prestación efectiva del servicio.
- Las respuestas previas a las objeciones interpuestas por la aseguradora.

Conviene subrayar que la argumentación presentada no responde a apreciaciones subjetivas o meramente idealistas, sino que está fundamentada en documentos de total pertinencia y validez, como la factura y los documentos médicos y administrativos, los cuales a la norma ibidem respaldan de manera directa y concreta los hechos expuestos en la demanda. En virtud de esto, no resulta admisible que la aseguradora pretenda desconocer su obligación, basándose en argumentos falaces sobre la falta de la prueba.

En consecuencia, el argumento planteado por la parte demandada carece de fundamento, ya que no ha presentado prueba alguna que permita sustentar su argumento. Por lo tanto, debe desestimarse de plano, pues la falta de prueba concreta e idónea de la parte demandada constituye un incumplimiento de su deber probatorio y la ausencia de elementos que sustenten sus afirmaciones torna infundada su premisa, en tanto que la carga de la prueba es compartida y dinámica, y corresponde a quien hace la objeción demostrarla.

5. 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 negativa aducida por la **ASEGURADORA SOLIDARIA E.C**, se fundamenta en un presunto incumplimiento de los requisitos exigidos por el Decreto 056 de 2015, lo cual no se ajusta a la realidad fáctica ni al ordenamiento jurídico vigente considerándose contraria a la verdad y a la ley al fundarse bajo una interpretación equivocada de la normatividad, como se pasará a demostrar a continuación:

Es indispensable tener en cuenta que, cualquier decisión que niegue el reconocimiento de una obligación en materia de salud debe estar debidamente motivada y no puede fundamentarse en razones genéricas o carentes de respaldo normativo. La ausencia de una descripción precisa del supuesto incumplimiento vulnera el derecho de defensa.

El Decreto 056 de 2015, hoy compilado en el Decreto 780 de 2016 establece los requisitos para la atención, facturación y reconocimiento de los servicios de salud con cargo al SOAT. En su artículo 2.6.1.4.2.20 establece que los prestadores de servicios de salud deben allegar, para el reconocimiento económico los siguientes documentos:

Artículo 2.6.1.4.2.20 Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.
2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:
 - 2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.
 - 2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.
3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:
 - 3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.
 - 3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.
 - 3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.

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

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

Aunado lo anterior, se puede evidenciar que la IPS suscribiente aportó íntegramente todos los documentos exigidos por la ley al momento de radicar la reclamación, lo cual puede verificarse en los anexos aportados junto con la factura. La omisión por parte de la aseguradora al no especificar con claridad cuál es el requisito que presuntamente mi representada incumplió y que factura adolece de dicho requisito, constituye un argumento vago e infundado, puesto que gira en torno a apreciaciones subjetivas del contenido de los apartes normativos y no está compuesta con razones de hecho y de derecho que respalde las objeciones interpuestas, de modo que, básicamente se asientan en argumentos reiterativos y enfocados en “*la falta de requisitos para ser considerado título complejo*” como lo manifiestan en el recurso de reposición, demostrando un gran vacío en la construcción de su premisa, pues esta debe de estar basada en argumentos sólidos y específicos bajo evidencias que respalden su postura. Por lo tanto, la aseguradora no puede limitarse a alegar de manera general que las facturas no cumplen con los requisitos establecidos en el Decreto 056 DE 2015, sino que debe presentar pruebas claras y específicas que demuestren qué documentos faltan y por qué eso afecta la validez del cobro de la factura. La imprecisión y la vaguedad en la argumentación o en la falta de prueba fehaciente en tales incumplimientos, es una vulneración a la buena fe procesal.

Así tenemos que, 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, la **ASEGURADORA SOLIDARIA E.C** 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.

6. 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 el argumento formulado, 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.

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

La parte demandada aduce que la autoridad competente para conocer los desacuerdos que se suscitan en este trámite es la Superintendencia Nacional de salud, sin embargo, esto resulta erróneo puesto que esta entidad solo tiene competencia en los procesos declarativos, es decir, en aquellos procedimientos cuyo objeto sea declarar la existencia de una obligación y no en aquellos donde ya exista una obligación clara, expresa y exigible que justifique la ejecución.

La Superintendencia de Salud efectivamente ejerce funciones de supervisión, vigilancia y control en el sector salud y puede intervenir en procesos declarativos en aras de determinar la obligación de pago en situaciones donde las partes no se han puesto de acuerdo sobre la existencia o alcance de la obligación. No obstante, la entidad en mención no tiene competencia en procesos ejecutivos, ya que estos procedimientos están destinados a hacer cumplir una obligación ya reconocida o establecida, como es el caso de las facturas presentadas por **FABILU S.A.S.** En el presente caso, no estamos ante una disputa sobre la existencia de la obligación de pago, sino sobre el cumplimiento de una deuda perfectamente definida, respaldada por títulos ejecutivos válidos (las facturas y los documentos correspondientes) dado que las facturas fueron debidamente radicadas, no fueron objetadas dentro del término legal y contienen obligaciones claras y exigibles.

En lo concerniente a los términos citados por la aseguradora para la presentación y respuesta de las objeciones es preciso aclarar que, para las facturas radicadas por prestadores de salud bajo el régimen del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, son distintos y se encuentran regulados expresamente en los artículos 38 del Decreto 056 de 2015 y el 2.6.1.4.3.12. del Decreto 780 de 2016 que consagran un término de dos (02) meses para que la entidad responsable del pago realice auditoría integral sobre las facturas presentadas para su pago y, de ser pertinente, formule objeciones. A su vez, el Inciso segundo de la norma en cita estipula un término de dos (02) meses para que el prestador de servicios de salud, como lo es mi representada, subsane u objete las objeciones impuestas. Por lo tanto, pretender someter a los plazos citados por la aseguradora constituye un análisis desatinado de la normativa, pues estaría trayendo a la litis disposiciones propias que son aplicables a EPS.

Por consiguiente, se solicita al despacho que desestime cualquier argumento relacionado con la intervención de la Superintendencia de Salud en este proceso, ya que la demanda fue promovida correctamente y la competencia para ejecución de una deuda de este tipo recae en el juzgado competente y no ante la Superintendencia, cuyo ámbito de actuación se limita a procesos declarativos.

8. IMPROCEDENCIA DE LOS INTERESES DE MORA.

FABILU S.A.S, en su calidad de prestadora de servicios médicos, ha cumplido cabalmente con la obligación de atender a los pacientes cubiertos por el SOAT. Dichos servicios fueron prestados de acuerdo con la normativa vigente y las facturas correspondientes fueron debidamente radicadas ante la aseguradora, no obstante, la aseguradora a pesar de contar con los elementos y documentos necesarios para el pago de las facturas ha incumplido con la obligación de pago dentro del plazo establecido, lo que genera la procedencia de la ejecución de las deudas y el pago de los intereses de mora.

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 056 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, las aseguradoras tienen la obligación de pagar las facturas de servicio médicos derivados de accidentes de tránsito dentro del plazo de los 30 días calendario contados desde la fecha de recepción de las facturas debidamente soportadas, no obstante, la aseguradora ha incumplido con este plazo, lo que configura la mora de la aseguradora en el cumplimiento de su obligación de pago. Es importante recordar que, conforme al artículo 30 de la ley 100 de 1993 una vez transcurrido dicho plazo el monto adeudado comienza a generar intereses moratorios.

9. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS 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 Ramirez).

Lo expuesto, permite afirmar de manera categórica que, en el marco del ejercicio de una acción ordinaria de carácter ejecutiva dirigida a obtener el 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.

10. PRESCRIPCIÓN DE LAS FACTURAS COMO TÍTULOS EJECUTIVOS – ACCIÓN CAMBIARIA

La aseguradora al exponer este argumento 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 afirmación no está llamada a prosperar, puesto que las facturas emitidas por los prestadores de servicios de salud en el contexto de SOAT no cumplen 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 arrojadas, 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 objeto de la litis deben regirse por los mecanismo y procedimientos establecidos en la legislación que regula SOAT y no a través de la acción cambiaria.

III. NORMATIVIDAD CITADA POR LA ASEGURADORA EN EL RECURSO

En cuanto a la normatividad citada por la parte demandada en el escrito del recurso de reposición, es fundamental señalar que la mayor parte hace referencia al régimen de las EPS y no tiene aplicación directa en el contexto del SOAT, como lo son la Ley 1438 de 2011, Ley 1122 de 2007 y el Decreto 4747 de 2007.

Dicho de esta manera, las aseguradoras no deben aplicar normatividad propia de las EPS en el contexto de atención a víctimas de accidentes de tránsito bajo el SOAT, pues ambas están sujetas a marcos regulatorios completamente diferentes y pretender aplicar normatividad distinta estaría incurriendo en una interpretación errónea de la ley, distorsionando el funcionamiento del sistema, ya que el SOAT no está destinado a gestionar cuestiones de afiliación ni de condiciones preexistentes de salud, sino a proporcionar una cobertura inmediata y exclusiva en caso de accidentes de tránsito.

IV. PETICIÓN

Por lo expuesto, se solicita respetuosamente al despacho, que:

1. Desestime los argumentos dilatorios de la parte demandada en el recurso de reposición.
2. Continúe con el proceso conforme a las etapas previstas por el Código General del Proceso.

V. NOTIFICACIONES

-La sociedad **FABILU S.A.S**, en la Carrera 46 # 9C-85 / Barrio los Cábmulos de Cali- Valle del Cauca Correo electrónico: financierocontable@clinicacolombiaes.com

-Apoderado LIZA MARIA CASTILLO CORREA en la Avenida 3 E norte No. 59 N – 130 de la ciudad de Cali, o mediante notificación al correo electrónico liza.castilloc@gmail.com

Atentamente,

ENTIÉNDASE FIRMADO CON EL ENVÍO DE ESTE

LIZA MARÍA CASTILLO CORREA

C.C. 34.330.968 de Popayán

T.P. No 384.344 del C.S.J.

liza.castilloc@gmail.com

APODERADO

Proyectó: Nathalia P.