

Señores

JUZGADO TERCERO (3°) CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD

VALLEDUPAR – CESAR

E. S. D.

REF. PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTÍA

DEMANDANTE: CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S.

DEMANDADO: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

RADICADO: 2020 – 00096 – 00

ALEXANDER GOMEZ PEREZ, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 expedida en Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado general de la sociedad COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., de conformidad con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Barranquilla, al Señor Juez respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada, a **CONTESTAR DEMANDA** formulada por la sociedad **CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S.**, en los siguientes términos:

#### CONSIDERACIONES PRELIMINARES

De manera preliminar, quiero dejar en claro al despacho que la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., ni con ninguna otra institución de salud del país; Lo anterior, en razón a que las facturas que aporta la parte accionante, tienen relación con reclamaciones realizadas a mi representada por la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, por las cuales, la demandante pretende la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT expedidas por mi representada; sin embargo, su reclamación y cobro debe sujetarse inexorablemente a las disposiciones legales que lo regulan, Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Código de Comercio en su acápite del Contrato de Seguro, y demás decretos que reglamentan este seguro al que nos referimos.

Así las cosas, el régimen legal del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT, se encuentra consagrado en los artículos 192 a

197 del Decreto Ley 663 de 1993 -Estatuto Orgánico del Sistema Financiero-, en adelante EOSF.

Aunado a lo anterior, tenemos que en el artículo 167 parágrafos 1º y 3º de la Ley 100 de 1993, el legislador fue explícito en señalar que, en los casos de accidentes de tránsito, *“el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta ley”* y con sujeción a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

Instituido el SOAT en el artículo 192 del EOSF, como un seguro de expedición obligatoria por parte de las aseguradoras autorizadas, el numeral 4º, determina, para evitar confusiones normativas, lo siguiente:

*“Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito **se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio** y por este Estatuto.”*

Igualmente, las coberturas del SOAT se encuentran establecidas de manera taxativa en el artículo 193 del EOSF.

En el numeral 4º del artículo 195 del EOSF, se reconoce la titularidad de la acción, para reclamar el pago de los gastos por los servicios prestados a las víctimas de accidente de tránsito ante las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, de acuerdo con las tarifas fijadas por el Gobierno Nacional, en los siguientes términos:

*“4. Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los Subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.*

*Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun*

*extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990. (...)*

Es claro como la norma antes transcrita, además de establecer unos requisitos, hace remisión expresa al artículo 1077 del Código de Comercio, al establecer como exigencia a los establecimientos hospitalarios acreditar su derecho, lo que se traduce en instituir para las reclamaciones por conceptos de gastos médicos a víctimas de accidentes de tránsito la “Prueba de daños” como regla para obtener el “Pago de indemnizaciones” en el SOAT prevista en el artículo 194 del EOSF.

En relación con lo anterior, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) donde establece las reglas para la Prestación de Servicios de Salud y dispone, en el título 3, capítulo 4, numeral 2 del artículo 2.5.3.4.3, que, para los efectos del sistema general de seguridad social en salud, se consideran como “entidades responsables del pago de servicios de salud”, las siguientes:

*“las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos laborales”.*

Como es evidente, dentro de las entidades enunciadas no se encuentran las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT. Es decir que las aseguradoras no son entidades responsables del pago de servicios de salud.

Luego entonces, está claro que no puede aplicarse para resolver la presente controversia las normas de carácter general que se aplican a las ventas y servicios, así como tampoco las normas especiales que regulan el pago de las EPS a las IPS de facturas por concepto de atención de emergencias dentro del marco general del sistema de seguridad social en salud, es decir, que dentro del presente proceso se deben aplicar las normas especiales que regulan la actividad aseguradora dentro del marco específico del régimen de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

Ahora bien, el decreto 056 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, establecen el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras, para lo cual establecen que, en lo no regulado por los mencionados decretos para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el

Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

Con lo anteriormente esbozado, se deja claro al despacho que las normas aplicables en estos casos son las normas que regulan el contrato de seguro.

El fin del SOAT es la atención de lesionados, llámese conductor, pasajero, ocupante del vehículo, ciclista o peatón, que resulte afectado en un accidente de tránsito, teniendo en cuenta que por accidente de tránsito se entiende el incidente ocasionado por un vehículo automotor en movimiento que, como consecuencia de la circulación en la vía, o tránsito, o violación de la norma de tránsito, cause lesiones.

La definición de vía, la encontramos en la ley 769 de 2002 (Código Nacional de Tránsito), como toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.

Los automotores, son considerados como todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado. No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles, y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

Las coberturas del SOAT son:

GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS.  
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LESIONADOS  
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE  
GASTOS FUNERARIOS  
INCAPACIDAD PERMANENTE

Ahora bien, el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, SOAT, fue creado mediante la ley 33 de 1986, con el fin de garantizar los recursos que faciliten la atención integral para las víctimas de accidente de tránsito, de acuerdo con unas coberturas definidas; buscando que toda la sociedad colombiana, tanto conductores, pasajeros, o peatones, se vean beneficiados. Cabe recordar, que el SOAT es un sistema fundamental dentro del sistema general de salud de Colombia, al proteger sin excepción, a todas las personas susceptibles de ser víctimas de accidentes de tránsito en las vías del territorio nacional. En otras palabras, el SOAT es la fuente de financiación para la atención de las víctimas de accidentes

de tránsito en el país, en la medida en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) recobran con cargo al SOAT o al Fondo de Seguridad y Garantía (Fosyga), según sea el caso, los servicios prestados a estas personas, por lo tanto, los recursos del SOAT, deben ser suficientes para garantizar la oportuna y adecuada atención de los lesionados en accidentes de tránsito, para lo cual los ingresos percibidos por los diferentes actores del sistema, deben sufragar los costos y gastos que se deriven en dicha atención.

Siendo así, el sistema contempla transferencias y contribuciones definidas por ley a diferentes organismos como la Agencia Nacional de Seguridad Vial (3%) y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (14,2%), por lo cual, las aseguradoras deben hacer un minucioso análisis, e investigación, frente a cada reclamación recibida por accidente de tránsito, que pretenda afectar una póliza SOAT, buscando evitar la alteración al sostenimiento de dichas pólizas.

#### **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:**

**AL HECHO PRIMERO:** Manifiesto al despacho que este hecho no le consta a mi representada, toda vez que esta no fue participe ni tuvo conocimiento. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

**AL HECHO SEGUNDO:** Es cierto, y me permito dejar en claro al despacho que la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., ni con ninguna otra institución de salud del país; Lo anterior, teniendo en cuenta que la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, por las cuales, la parte demandante pretende la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT expedidas por mi representada; están sujetas inexorablemente a las disposiciones legales que lo regulan, Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Código de Comercio en su acápite del Contrato de Seguro, y demás decretos que reglamentan este seguro al que nos referimos.

**AL HECHO TERCERO:** Es cierto, y me permito dejar en claro al despacho que la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., ni con ninguna otra institución de salud del país; Lo anterior, teniendo en cuenta que la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, por las cuales, la parte demandante pretende la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de

Tránsito – SOAT expedidas por mi representada; están sujetas inexorablemente a las disposiciones legales que lo regulan, Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Código de Comercio en su acápite del Contrato de Seguro, y demás decretos que reglamentan este seguro al que nos referimos.

**AL HECHO CUARTO:** No es un hecho, es la apreciación subjetiva del apoderado del demandante, que carece de sustento factico y legal, por lo tanto no lo puedo aceptar ni negar, pero se resalta al despacho que todas y cada una de las facturas que allega la IPS demandante a mi representada debe que llenar los requisitos de ley consagrados en el código de comercio, y de igual forma deben allegar todos los documentos que soportan la atención al paciente con dichas facturas, documentos anexos que se encuentran en listados en el artículo 25 del decreto 056 de 2015, una vez la IPS demandante radica dichos documentos con la factura, mi representada despliega todo su equipo de cartera para pagar u objetar dentro del término de ley dicha reclamación, por alguna causal de objeción.

**AL HECHO QUINTO:** No es cierto, mi representada siempre ha dado respuesta dentro del término de ley a todas y cada una de las reclamaciones presentadas por la hoy IPS demandante, ahora bien, el apoderado del demandante hace una afirmación genérica, sin especificar a cuales reclamaciones, mi representada supuestamente dio respuesta fuera del término, por lo tanto y en gracia de discusión me permito allegar con este escrito de contestación, las objeciones y sus respectivas guías de envió y recibido por parte de la IPS de las reclamaciones que se relacionan en la presente demanda.

**AL HECHO SEXTO:** Este hecho contiene una afirmación subjetiva y genérica de parte del apoderado de la parte demandante, la cual se contradice en cuenta a su dicho en el hecho anterior, toda vez que el manifiesta que mi representado objeto las reclamaciones por: “devolución(i) Pertinencia por procedimientos médicos realizados; (ii) Inconsistencias en los soportes que conforman la reclamación; (iii) Carencia de soportes médicos.” Y en el presente hecho hace alusión a una respuesta de las objeciones en el sentido de “indicar la pertinencia médica del procedimiento efectuado, de acuerdo con el concepto del personal médico”, la respuesta de la IPS no tiene nada que ver con las objeciones presentada por mi representada dentro de termino a las reclamaciones que se allegan a la presente demanda.

**AL HECHO SEPTIMO:** Manifiesto al despacho que este hecho no contiene situaciones fácticas, es la apreciación subjetiva del apoderado del demandante, Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

**AL HECHO OCTAVO:** Manifiesto al despacho que este no contiene situaciones fácticas, es la apreciación subjetiva del apoderado del demandante, Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

**AL HECHO NOVENO:** Manifiesto al despacho que este no contiene situaciones fácticas, es la apreciación subjetiva del apoderado del demandante, Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

**AL HECHO DECIMO:** No es cierto, lo relacionado en el DECRETO 780/ 2016 en el artículo 2.6.1.4.3.1.2: que dice *“Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, se pagaran dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del código de comercio vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagara al reclamante”*

No quiere decir, que automáticamente se deba que pagar como lo está interpretando el apoderado del demandante, la intención del legislador con este artículo es que dichas reclamaciones prestan merito ejecutivo, es decir, que la IPS puede iniciar un proceso ejecutivo en contra de la aseguradora.

**AL HECHO DECIMO PRIMERO:** No es un hecho, es la relación de las reclamaciones que pretende la parte actora se declaren dentro del presente proceso. Dichas reclamaciones se presentaron por mi representada las correspondientes objeciones correspondientes a las investigaciones.

**AL HECHO DECIMO SEGUNDO:** No existe.

**AL HECHO DECIMO TERCERO:** No existe

**AL HECHO DECIMO CUARTO:** Manifiesto al despacho que este no contiene situaciones fácticas, es la apreciación subjetiva del apoderado del demandante, Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

**AL HECHO DECIMO QUINTO:** Manifiesto al despacho que este no contiene situaciones fácticas, es la apreciación subjetiva del apoderado del demandante, Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

**AL HECHO DECIMO SEXTO:** Manifiesto al despacho que este hecho no le consta a mi representada, toda vez que esta no fue participe ni tuvo conocimiento. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

#### **FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:**

Me opongo a que se accedan a todas y cada una de las pretensiones de la demanda por las siguientes razones, que en forma más amplia expondré al formular las excepciones de mérito:

- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidente de tránsito con cargo al SOAT se encuentran prescritas.
- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidente de tránsito fueron oportunamente objetadas parcialmente porque su pago no era procedente.
- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidentes de tránsito fueron objetadas por el asegurador, porque no procedía su pago, bien fuera porque no aconteció un accidente de tránsito, o el vehículo asegurado con el SOAT no estuvo involucrado en el mismo o la cobertura del amparo se agotó, póliza prestada, concurrencia de automóviles, inconsistencia o carencia en los soportes, falta de pertinencia médica, cruce de SASS, entre otras.
- Teniendo en cuenta que no existe obligación alguna de pago de mi representada a la IPS demandante, no se puede condenar a pagar intereses moratorios, teniendo en cuenta que esta pretensión depende de la principal, de igual forma recae con la pretensión de repetir en contra de los asegurados y las condenas en costas procesales.

#### **EXCEPCIONES DE MERITO PRINCIPALES:**

##### **1. NORMAS PARA APLICAR DENTRO DEL PRESENTE PROCESO SON LAS CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE SEGURO, POR EXISTIR NORMA ESPECIAL.**

La jurisprudencia de la Corte constitucional ha establecido en cuanto al defecto material o sustantivo, que este se materializa cuando la autoridad judicial, se apoya en una norma claramente inaplicable al caso, o deja de aplicar la que evidentemente lo es, u opta por una interpretación que contraría los postulados mínimos de la razonabilidad jurídica.

Precisamente, en la Sentencia SU-515 de 2013, se sintetizaron los supuestos que pueden configurar este defecto, los cuales son:

“(…) (i) La decisión judicial tiene como fundamento una norma que no es aplicable, ya que: (a) no es pertinente, (b) ha perdido su vigencia por haber sido derogada, (c) es inexistente, (d) ha sido declarada contraria a la Constitución, (e) o a pesar de que la norma en cuestión está vigente y es constitucional, su aplicación no resulta adecuada a la situación fáctica objeto de estudio como, por ejemplo, cuando se le reconocen efectos distintos a los señalados por el legislador<sup>[1]</sup>.

(ii) La interpretación de la norma al caso concreto, no se encuentra dentro de un margen razonable<sup>[2]</sup>, o el funcionario judicial hace una aplicación inaceptable de la disposición, al adaptarla de forma contraevidente –interpretación contra legem–, o de manera injustificada para los intereses legítimos de una de las partes<sup>[3]</sup>; también cuando se aplica una regla de manera manifiestamente errada, sacando la decisión del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable<sup>[4]</sup>.

(iii) No se tienen en cuenta sentencias con efectos erga omnes<sup>[5]</sup>.

(iv) La disposición aplicada se muestra injustificadamente regresiva<sup>[6]</sup> o claramente contraria a la Constitución<sup>[7]</sup>.

(v) Cuando un poder concedido al juez se utiliza para un fin no previsto en la disposición<sup>[8]</sup>.

(vi) La decisión se funda en una interpretación no sistemática del derecho, omitiendo el análisis de otras disposiciones aplicables al caso<sup>[9]</sup>.<sup>2</sup>

(vii) El servidor judicial da insuficiente sustentación de una actuación<sup>[10]</sup>.

<sup>[1]</sup> Sentencia SU-159 de 2002.

<sup>[2]</sup> Sentencias T-1101 de 2005 y T-051 de 2009.

<sup>[3]</sup> Sentencias T-765 de 1998, T-001 de 1999 y T-462 de 2003.

<sup>[4]</sup> Sentencias T-079 de 1993 y T-066 de 2009.

<sup>[5]</sup> Sentencias T-814 de 1999, T-842 de 2001 y T-462 de 2003

<sup>[6]</sup> Sentencia T-018 de 2008.

<sup>[7]</sup> Sentencia T-086 de 2007.

<sup>[8]</sup> Sentencia T-231 de 1994.

<sup>[9]</sup> Sentencia T-807 de 2004

<sup>[10]</sup> Sentencias T-114 de 2002, T-1285 de 2005 y T-086 de 2007

<sup>[11]</sup> Sentencias SU-640 de 1998, T-462 de 2003, T-1285 de 2005 y T-292 de 2006

<sup>[12]</sup> En la Sentencia T-808 de 2007, se expuso que “en cualquiera de estos casos debe estarse frente a un desconocimiento claro y ostensible de la normatividad aplicable al caso concreto, de manera que la desconexión entre la voluntad del ordenamiento y la del funcionario judicial sea notoria y no tenga respaldo en el margen de autonomía e independencia que la Constitución le reconoce a los jueces (Art. 230 C.P.). Debe recordarse además, que el amparo constitucional en estos casos no puede tener por objeto lograr interpretaciones más favorables para quien tutela, sino exclusivamente, proteger los derechos fundamentales de quien queda sujeto a una providencia que se ha apartado de lo dispuesto por el ordenamiento jurídico”.

(viii) Se desconoce el precedente judicial sin ofrecer un mínimo razonable de argumentación<sup>[11]</sup>.

(ix) Cuando el juez se abstiene de aplicar la excepción de inconstitucionalidad ante una violación manifiesta de la Constitución, siempre que se solicite su declaración por alguna de las partes en el proceso.<sup>[12]</sup>(...)”

Así, cuando los jueces ignoran las normas aplicables al asunto bajo su estudio, sus decisiones son susceptibles de ser cuestionadas en sede de tutela, pues constituyen una violación al debido proceso. Como ocurrió, por ejemplo, en la sentencia SU-918 de 2013, donde la Corte Constitucional determinó la existencia de un defecto sustantivo, atendiendo a que el accionado (operador judicial), se apoyó en un precepto manifiestamente inaplicable al caso concreto, desconociendo la norma aplicable. Generando la siguiente posición de la Corte:

*“(...) Por lo anterior, cuando en una decisión judicial se aplica una norma jurídica de manera manifiestamente irrazonable o se deja de aplicar una norma aplicable, sacando del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable tal decisión judicial, ésta deja de ser una vía de derecho para convertirse en una vía de hecho, razón por la cual la misma deberá dejarse sin efectos jurídicos, para lo cual la acción de tutela es el mecanismo apropiado. En esta hipótesis no se está ante un problema de interpretación normativa, sino ante una decisión carente de fundamento jurídico, dictada según el capricho del operador jurídico, desconociendo la ley, y trascendiendo al nivel constitucional en tanto compromete los derechos fundamentales de la parte afectada con tal decisión. (...)”*

Siendo así las cosas no se le puede dar una interpretación facultativa dentro del presente caso, pues por disposición normativa solo puede ser aplicable un solo régimen legal, tal y como lo afirmó la corte constitucional en sentencia C-451 DE 2015, cuando analizó al criterio hermenéutico de especialidad, así:

*“6.2. Recientemente, en la Sentencia C-451 de 2015, esta Corporación hizo expresa referencia al aludido tema. En dicho fallo, basada en las previsiones que sobre la materia establecen las Leyes 57 y 153 de 1887 y lo dicho en la jurisprudencia, la Corte puso de presente que existen al menos tres criterios hermenéuticos para solucionar los conflictos entre leyes: (i) el criterio jerárquico, según el cual la norma superior prima o prevalece sobre la inferior (lex superior derogat inferior); (ii) el criterio cronológico, que reconoce la prevalencia de la norma posterior sobre la anterior, esto es, que en caso de incompatibilidad entre dos normas de igual jerarquía expedidas en momentos distintos debe preferirse la posterior en el tiempo (lex posterior derogat priori); y (iii) el criterio de especialidad, según el cual la norma especial prima sobre la general (lex specialis derogat generali). Con respecto a este último criterio, se sostiene que, en tales casos, no se está propiamente ante una antinomia, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los*

*campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial, con lo cual las mismas difieren en su ámbito de aplicación. (...)*

6.4. *Sobre el criterio de especialidad, se destacó en la Sentencia C-451 de 2015, que el mismo “permite reconocer la vigencia de una norma sobre la base de que regula de manera particular y específica una situación, supuesto o materia, excluyendo la aplicación de las disposiciones generales”. Respecto al alcance del criterio de especialidad, en el mismo fallo se trajo a colación lo dicho por la Corporación en la Sentencia C-078 de 1997, al referirse esta al carácter especial de las normas tributarias y su aplicación preferente sobre las normas del anterior Código Contencioso Administrativo. Esta última sentencia dijo sobre el particular:*

6.5. *Así las cosas, frente a este último criterio, el de especialidad, cabe entonces entender que el mismo opera con un propósito de ordenación legislativa entre normas de igual jerarquía, en el sentido que, ante dos disposiciones incompatibles, una general y una especial, permite darle prevalencia a la segunda, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial. Ello, sobre la base de que la norma especial sustrae o excluye una parte de la materia gobernada por la ley de mayor amplitud regulatoria, para someterla a una regulación diferente y específica, sea esta contraria o contradictoria, que prevalece sobre la otra. (...)*”

Siendo así, en una interpretación no sistemática del derecho, no se puede omitir el análisis juicioso de todas las disposiciones aplicables al caso, en especial las del contrato de seguro, sin tener en cuenta el criterio hermenéutico de especialidad, y de esta forma no se vea vulnerado el derecho fundamental al debido proceso

Se debe tener en cuenta que las disposiciones normativas, buscan entre otras cosas, generar un ambiente de seguridad jurídica en los ciudadanos, permitiendo que conozcan las reglas de juego, con las que se regirán los comportamientos en las diferentes circunstancias en que se encuentren, dentro del presente proceso el juzgador de instancia debe que aplicar las normas del Contrato de Seguro contemplado en el código de comercio art 1036 y subsiguientes.

Lo anterior se sustenta, entre otras normas que aquí estudiaremos, en lo dispuesto por el artículo 167 parágrafos 1º y 3º de la Ley 100 de 1993, donde el legislador fue explícito en señalar que en los casos de accidentes de tránsito, *“el cubrimiento de los servicios médicoquirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta ley, y con sujeción a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los procedimientos de cobro y pago de estos servicios”*.

En el caso que nos ocupa, el EOSF, el código de comercio en las normas relacionadas con el contrato de seguro, los Decretos 3990 del 2007, decreto 967 del 2012, 056 de 2015 y 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016, definen el marco legal aplicable a las situaciones jurídicas y fácticas que se presenten en las relaciones que existan entre los beneficiarios del SOAT y las compañías de seguros.

Sobre el particular, el ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO (Decreto Ley 663 de 1993), en el numeral 4 del artículo 192, definió el régimen legal aplicable al SOAT, así:

*“Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el **contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto.**” (negrilla nuestra)*

En la misma línea, el numeral 8 del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, ratifica lo dispuesto en el EOSF, definiendo el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras con cargo al SOAT, cuando afirma que:

*“(...) Decreto 780 de 2016. Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:*

*(...) 8. Régimen legal. En lo no regulado en el presente Capítulo para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y **el contrato de seguro**, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes. (...)*” (negrilla nuestro)

Luego entonces, tenemos que en el numeral 4º del artículo 195 del EOSF, reconoce la titularidad de la acción de las instituciones prestadoras de salud, como la hoy demandante, para reclamar por concepto de gastos médicos ante las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, de acuerdo con las tarifas fijadas por el Gobierno Nacional, en los siguientes términos:

*“4. Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los Subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.*

*Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la*

*fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990. (...)”*

Es claro como la norma antes transcrita hace remisión expresa al artículo 1077 del Código de Comercio, al establecer como exigencia a los establecimientos hospitalarios acreditar su derecho, lo que se traduce en instituir para las reclamaciones por conceptos de gastos médicos a víctimas de accidentes de tránsito la “Prueba de daños” como regla para obtener el “Pago de indemnizaciones” en el SOAT prevista en el artículo 194 del EOSF.

En el mismo sentido, el Decreto 780 de 2016, relaciona los documentos que los prestadores de servicios de salud deben radicar ante las entidades aseguradoras con la solicitud de pago de las reclamaciones, en su artículo 2.6.1.4.2.20 (antes Artículo 26 Decreto 056 de 2015), el cual es del siguiente tenor:

*“(...) 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<sup>30</sup>. 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.*

*(...)*

*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. (...)”*

En relación con la referida documentación, la Resolución 1645 de 2016, por la cual el Ministerio de salud, establece los requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas establecidas

en el artículo 167 de la ley 100 de 1993 (aplicable a las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT cuando así lo señale dicho acto administrativo), indica en su artículo 6° que la demostración de la prestación de los servicios de salud se acreditará ante las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT con los siguientes documentos según el caso:

*1. Epicrisis, cuando se trate de servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. En todo caso deben observarse los contenidos mínimos previstos en el artículo 31 del Decreto 056 de 201531.*

*2. Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.*

*3. Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contra referencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos, siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.*

*4. Factura de venta o documento equivalente del reclamante y certificación de pago de quien prestó el servicio, cuando el mismo ha sido prestado a través de un tercero.*

La Superintendencia Financiera en Concepto 2018134425-001 del 18 de noviembre de 2018, estableció que las aseguradoras deberán observar las indicaciones contenidas en la normatividad vigente, y de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de la atención, para lo cual expresó lo siguiente:

*“(…) Así pues, respecto de la demostración de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, el mencionado Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.4.2.20., determina cuales son los documentos exigidos para la presentación de la solicitud de pago de las reclamaciones y en tal virtud señala el Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y además, relaciona los documentos que debe aportar el beneficiario acreditado para reclamar los gastos por atenciones médicas entre los cuales se encuentran la epicrisis o resumen clínico para lo cual cita que estos deben sujetarse a lo establecido en los artículos 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6. de la misma normatividad.*

*En este orden, consultados los prenombrados artículos 2.6.1.4.2.20., 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6., de la citada normatividad, se evidencia que los mismos refieren de manera*

*taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de atención, respectivamente. (...)*

Situación que reiteramos, se rige por las normas especiales que regulan la materia como lo son el Decreto 663 de 1993 (EOSF), el decreto 3990 del 2007, decreto 967 del 2012, Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016 y las normas del contrato de seguro establecidas en el código de comercio.

Sea importante dejar claro al despacho que, mediante sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá Sala Civil, Magistrada Sustanciadora: MARÍA PATRICIA CRUZ MIRANDA Código. RAD. 015 2018 00063 01. Bogotá D.C., cuatro (4) de marzo de dos mil veinte (2020, en un caso similar, se manifestó que las normas aplicables en estos casos son las del contrato de seguro y me permito traer a colación uno de sus apartes así.

*(...)*

*Para resolver los reparos que a la sentencia se le hacen, lo primero que precisa la Sala es que comparte la consideración de primer grado en torno a que al caso resulta aplicable el artículo 1077 del Código de Comercio en consonancia con lo que regula el Decreto 780 de 2016, sobre las facturas anteriores al 6 de mayo de ese año, que fue la fecha de su entrada en vigencia, y respecto de las restantes se debe tener en cuenta el Decreto 56 de 2015, que en su redacción y contenido son similares. Todo ello, en la medida que la controversia que se ventila tiene que ver con la prestación de unos servicios de salud asociados a accidentes de tránsito cuya atención médica se prestó con base en el SOAT.*

*(...)*

La anterior situación, el mismo demandante el acápite de FUNDAMENTOS DE DERECHO, acepta que las normas aplicables al presente proceso son las contempladas en el CONTRATO DE SEGURO.

Con lo anteriormente esbozado, se deja claro al despacho que las normas aplicables en estos casos son las normas que regulan el contrato de seguro, por lo que solicito muy respetuosamente a su señoría declarar probada dicha excepción.

## **2. PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, PARA TODAS LAS FACTURAS QUE SE RECLAMAN**

La CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., con la presente demanda pretende el pago de varias reclamaciones generadas como consecuencia de la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios proporcionados a pacientes lesionados en accidentes de tránsito amparados por pólizas SOAT expedidas por la sociedad COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se encuentra regulado en el Decreto 056 de 2.015, Decreto 2423 de 1996, el Estatuto Orgánico Del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) a partir del Artículo 192 y siguientes, y en lo no previsto allí, se acudirá a lo regulado en el seguro terrestre del Código de Comercio.

Respecto a la prescripción de las acciones derivadas del contrato del Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito, se resalta lo siguiente:

En la Parte VI, Capítulo IV del Estatuto Orgánico Financiero, por remisión expresa del artículo 192 numeral 4 de dicho Estatuto, se establece: **“Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto.”**

A su vez, de manera específica, el Decreto 056 de 2.015 (por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito), en los artículos 11<sup>3</sup> y 41<sup>4</sup>, definen las reglas relativas a la prescripción respecto de los prestadores de servicios de salud, en relación con las reclamaciones por las atenciones, las cuales, igualmente, remiten expresamente al artículo 1081 del Código de Comercio.

Ahora bien, el término de prescripción aplicable para las acciones derivadas del SOAT, sin ninguna discusión, lo determina el artículo 1081 del Código de Comercio. Así mismo, la ley de manera específica establece el momento a partir del cual debe contabilizarse el término prescriptivo. Establece la norma en referencia:

**“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.**

---

<sup>3</sup> “Los prestadores de servicios de salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

“b) ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.”

<sup>4</sup> El numeral 1 del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, dispone:

“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 Comercio”.

*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.”.*

Por su parte el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, 780 de 2016 compilatorio del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, fue más allá de lo establecido en la norma y estableció a partir de cuándo empieza a correr el término de prescripción, estableciendo lo siguiente:

*Sección 4. Otras condiciones generales del SOAT*

*Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, 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.*

*1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.*

*1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.*

*1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima. (...)*

Respecto de la prescripción de las acciones para el cobro de las atenciones en salud de víctimas de accidentes de tránsito cubiertas por el SOAT, la Superintendencia de Salud ha emitido diferentes conceptos, los cuales han sido reiterativos en indicar, que el fenómeno de la prescripción se regula por el artículo 1081 del Código de Comercio, así como también, la fecha a partir de la cual se inicia el cómputo de tal término:

- El Concepto 2008269-001 de 16 de julio del 2008 precisó que:

Con la atención de la víctima por parte del hospital se tiene conocimiento del siniestro que da lugar a la acción, por lo que el término, deberá contarse desde dicha circunstancia: “...

teniendo en cuenta que con la atención de la víctima por parte del Hospital se tiene pleno conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación, el término para que opere la prescripción ordinaria, que es la única que se puede invocar en estos casos, empezaría a contar desde el momento en que el Hospital conoció o ha debido conocer el siniestro, esto es, desde que fue atendida la víctima independientemente de la fecha de la factura comercial, de tal suerte que si la atención de la víctima del accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción”.

- Concepto 2013070104-002 del 18 de septiembre de 2013, indicó:

*Síntesis: Con relación al fenómeno de la prescripción en las reclamaciones presentadas ante las compañías aseguradoras por concepto de servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, al no encontrarse prevista una norma sobre el particular en el régimen del SOAT, resulta aplicable el artículo 1081 Código de Comercio sobre prescripción de acciones en materia de seguros, por virtud de la remisión expresa realizada por el artículo 192 numeral 4 del EOSF a las normas que regulan el contrato de seguro terrestre.*

*«(...) comunicación mediante la cual solicita concepto jurídico acerca de la prescripción y caducidad de facturas por servicios de salud cuyo pago debe ser realizado por EPS, EPSS y aseguradoras.*

*En atención al objeto de su consulta, debemos aclararle el alcance del pronunciamiento de esta Superintendencia, el cual se refiere a los aspectos concernientes a las prestaciones asumidas por las aseguradoras, específicamente en relación con el funcionamiento del seguro obligatorio para daños corporales causados a las personas por accidentes de tránsito (SOAT), conforme a la regulación establecida en el Capítulo IV de la Parte Sexta, artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF) y demás disposiciones que la modifican o adicionan.*

*Lo anterior, teniendo en cuenta las funciones que el artículo 326 numeral 2 del EOSF asigna a este Organismo respecto de la actividad de las entidades sometidas a su vigilancia, y que su competencia sobre las entidades promotoras de salud se circunscribe a la supervisión de la administración de los riesgos financieros por parte de estas (artículo 14 de la ley 1122 de 2007 y artículo 1° del Decreto 4185 de 2011).*

*Efectuadas las anteriores precisiones, es importante manifestar que en distintas oportunidades ésta Superintendencia se ha referido al fenómeno de la prescripción de las reclamaciones presentadas ante las compañías aseguradoras por concepto de servicios de*

salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, indicando que al no encontrarse prevista una norma sobre el particular en el régimen del SOAT, resulta aplicable el artículo 1081 Código de Comercio sobre prescripción de acciones en materia de seguros, por virtud de la remisión expresa realizada por el artículo 192 numeral 4 del EOSF a las normas que regulan el contrato de seguro terrestre.

El mencionado artículo 1081 establece las directrices para determinar cuándo empiezan a correr los términos de prescripción, distinguiendo entre el momento en que “el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción” (prescripción ordinaria) y; aquél “en que nace el respectivo derecho”, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho (prescripción extraordinaria).

De otra parte, a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar el aspecto relativo a su interrupción. Como quiera que el Código de Comercio no regula este fenómeno, en virtud de la remisión expresa consignada en el artículo 822 del mencionado Código, se debe acudir a las normas generales del derecho civil que señalan cómo se interrumpen los términos de prescripción, éstas se encuentran consignadas en el artículo 2539 del Código Civil y en el artículo 94 del Código General del Proceso.

(...).»

- En concepto 2016046856-001 del 14 de junio del 2016, expresó:

“Para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distinga entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria y, el momento del nacimiento del derecho, independiente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no”

Es tan claro que el término de prescripción en las acciones derivadas del SOAT es de 2 años y su computo se hace desde un momento diferente según el amparo que se pretenda afectar, de acuerdo con lo indicado en el Artículo 41 del referido Decreto, que la Corte Constitucional en sentencia T-160A-19, con ponencia del Dr. Luis Guillermo Guerrero Pérez, en la cual se resolvió la controversia sobre el término prescriptivo sobre el amparo de

muerte del SOAT. En esta sentencia, el referido órgano señala que el término prescriptivo de las acciones derivadas del SOAT es de 2 años y que se computa en momentos diferentes de acuerdo con el amparo que se pretenda afectar. Indicó la Corte:

*“Por su parte, el citado artículo 1081 consagra que la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen puede ser ordinaria —aquella en la que se contabilizan dos años desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción—, o extraordinaria —en virtud de la cual se cuentan cinco años a partir del momento en que nace el respectivo derecho, y corre contra toda clase de personas—*

*Sin embargo, a pesar de que en dicha norma el Código de Comercio estableció parámetros generales de temporalidad a partir de los cuales se debe contabilizar la prescripción, el artículo 41 del Decreto 56 de 2015, al definir ciertas condiciones aplicables a la póliza del SOAT, especificó el momento exacto desde el cual se tiene que contabilizar el término para solicitar la indemnización por incapacidad permanente. Puntualmente, dispuso que los beneficiarios de dicha prestación económica deben presentar su reclamación, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de “[l]a fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral”.*

*Por demás, no sobra aclarar que esta última disposición guarda correspondencia con distintos pronunciamientos en los que, en casos fácticamente similares, esta Corporación ha sostenido que, para efectos de reclamar la cobertura de distintas pólizas de seguro, el término de prescripción de la solicitud solo se puede contabilizar a partir del conocimiento del estado de invalidez o la incapacidad permanente calificada. Al respecto, sentencias como la T-309A, T-557 y T-662 de 2013 coinciden en que la cobertura de los seguros que amparan aquellos riesgos pende del dictamen de la Junta de Invalidez correspondiente, pues el hecho fundamental que da base a la reclamación es la pérdida de capacidad laboral u ocupacional declarada, tanto así que sin dicha calificación un beneficiario estaría imposibilitado para presentar la reclamación, pues es a partir de la valoración técnica que se sabe con certeza si la persona tiene derecho, o no, a reclamar el pago de la póliza.*

*En torno a este punto, y en relación con las pólizas de SOAT, la Sala advierte que si bien el accidente de tránsito es el requisito sine qua non para que la operación del seguro se pueda activar, el reclamo de la indemnización aludida solo procede si la*

*víctima de aquel suceso, como consecuencia de ese acontecimiento, sufre una incapacidad permanente calificada. Por ende, es apenas razonable que el término para presentar la solicitud cuente a partir de que se conozca dicha calificación, en la medida en que el hecho que da base a la solicitud de la prestación económica es la incapacidad permanente dictaminada, y no el acaecimiento del siniestro en sí mismo, pues, por ejemplo, puede que un accidente de tránsito no genere ningún tipo de secuela física o porcentaje de pérdida de capacidad en la víctima, caso en el cual, a pesar de la ocurrencia del accidente, la persona no tendría derecho al pago de la indemnización por incapacidad permanente.*

*Ahora bien, aunque el término para presentar dicha reclamación económica ante la compañía de seguros que opera el SOAT se debe contar a partir de la fecha en que adquiere firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la norma también establece, tal y como ya se mencionó, que entre la ocurrencia del accidente de tránsito y la solicitud de calificación de la invalidez no pueden transcurrir más de dieciocho meses calendario, so pena de que la solicitud se rechace.*

*Dicho lo anterior, en relación con ese asunto se debe tener en cuenta: (i) que cuando la víctima del accidente de tránsito requiere el dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar ante la compañía de seguros que opera el SOAT la indemnización por incapacidad permanente, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actúan como peritos en única instancia, pues contra sus dictámenes no proceden recursos; y (ii) que en esos casos la solicitud de calificación ante la junta la presenta la compañía de seguros, quien además debe asumir los honorarios de aquella.*

*Por ese motivo, si antes de los dieciocho meses siguientes al accidente de tránsito la víctima solicita a la compañía de seguros adelantar las gestiones pertinentes para calificar el grado de invalidez ocasionado por el siniestro, pero esta última dilata caprichosamente el proceso y presenta la solicitud de calificación a la junta por fuera de dicho término, no podría objetar la reclamación de la indemnización aduciendo aquella extemporaneidad, pues estaría alegando a su favor la propia culpa y obteniendo provecho de una demora infundada, es decir, de un retraso que no resultaría imputable a la víctima cuando esta acude en tiempo a la compañía de seguros, ya que la solicitud de calificación ante la junta, así como el pago de sus honorarios, son deberes en cabeza de la aseguradora que, en esa medida, exigen — por parte de la entidad— un cumplimiento diligente, oportuno y desprovisto de actuaciones contrarias a la buena fe, conforme reza el artículo 83 superior.*

*De las pruebas y los antecedentes relacionados en esta providencia, se desprende: (i) que la aseguradora accionada objetó la reclamación de la indemnización, pues advirtió que la tutelante formuló la solicitud fuera del término de prescripción ordinaria establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de la fecha del accidente de tránsito; y (ii) que si bien la demandante solicitó a Seguros del Estado S.A. adelantar los trámites correspondientes para calificar el grado de su incapacidad dieciséis meses después de aquel siniestro, la aseguradora, luego de que negó dicho requerimiento argumentando que no estaba obligada a atender la petición y propició un trámite de tutela previo en el que se le ordenó el pago de los honorarios a la Junta, terminó presentando la solicitud de calificación casi dos años después del accidente.*

*Así las cosas, con fundamento en las consideraciones expuestas a lo largo de esta sentencia, y dado que la aseguradora demandada no contó, conforme lo exige la normatividad aplicable, el término de prescripción para presentar la reclamación económica a partir de la fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la Sala advierte que, de haberlo hecho así, se hubiese tenido como fecha límite para presentar la solicitud de indemnización el día 10 de febrero de 2020 —es decir, dos años contabilizados a partir del dictamen— y, por ende, la reclamación no hubiere podido ser rechazada aduciendo su prescripción ordinaria.”*

Las IPS prestan servicios médicos amparados por las pólizas SOAT, se tiene que el hecho que da base a la acción se da en el momento propio de la atención médica que se presta, y, por tanto, el término de prescripción se cuenta desde la fecha de la atención misma o de aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud el paciente, porque es a partir de allí que la IPS tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro, y, en consecuencia, comienza a correr el término de prescripción ordinaria para hacer la reclamación.

En los conceptos de la Superintendencia de Salud citados, se indicó que a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar la interrupción del término de la prescripción. Precisando que, si bien es cierto que el Código de Comercio no regula la interrupción o suspensión de este fenómeno, en virtud de la remisión expresa del artículo 822 ibidem, se debe dar aplicación a las normas generales del derecho civil que regulan la manera como opera la interrupción de los términos de prescripción, éstas se

encuentran consagradas en el Artículo 2.539<sup>5</sup> del Código Civil y en el Artículo 94<sup>6</sup> del Código General del Proceso.

Es de resaltar al despacho que el término de prescripción de las acciones derivadas del SOAT, se interrumpe, bien sea civilmente en la fecha de presentación de la demanda cuando su notificación se surte dentro del término de un año contado a partir del día siguiente a la notificación; o naturalmente, por el hecho de reconocer el deudor la obligación, es decir, al momento en que el asegurador asume el pago de la indemnización o desde el momento en que la IPS formula la reclamación acompañada de los documentos necesarios para demostrar el siniestro y la cuantía.

Por lo tanto, si al verificar las reclamaciones que la parte demandante acompaña para acreditar la existencia de la obligación por la suma pretendida, podrá constatar que existen reclamaciones que datan del año 2016 y 2017, es decir, con más de 2 años, y si bien el término de prescripción pudo haberse interrumpido, esta interrupción no tuvo el efecto buscado, toda vez que entre la fecha de la reclamación y la fecha de presentación de la demanda (5 agosto de 2020) transcurrieron más de 2 años.

En el caso objeto de estudio, todas las facturas pretendidas por la parte demandante se encuentran prescritas teniendo en cuenta que entre la reclamación presentada por la CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., a la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., y la presentación de la demanda, han transcurrido más de 2 años, sin haber ejercido las acciones derivadas del contrato de seguro obligatorio de accidente de tránsito, pues se debe tener en cuenta por el despacho que todas las facturas y reclamaciones datan de los años 2016 y 2017.

NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA	NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA	NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA	NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA	NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA	NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA
1	2288	26	1952	51	3610	76	2482	101	6137	126	3844
2	5927	27	1959	52	4072	77	2488	102	5754	127	3870
3	2820	28	1961	53	4023	78	2526	103	7734	128	423

<sup>5</sup> “La prescripción que extingue las acciones ajenas, puede interrumpirse, ya natural, ya civilmente.

Se interrumpe naturalmente por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa, ya tácitamente.

Se interrumpe civilmente por la demanda judicial; salvo los casos enumerados en el artículo [2524](#).”

<sup>6</sup> “La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.”

4	2026	29	1967	54	4853	79	2538	104	7855	129	3610
5	1748	30	1992	55	3610	80	2582	105	208	130	2320
6	248	31	2000	56	4929	81	2585	106	3780	131	3251
7	88	32	2015	57	6125	82	2587	107	6160	132	3881
8	310	33	2023	58	4777	83	2589	108	7821	133	2600
9	391	34	2024	59	5965	84	2597	109	7217	134	3922
10	870	35	2065	60	7765	85	2604	110	2459	135	304
11	1041	36	2074	61	7451	86	2889	111	1728	136	2475
12	1109	37	2086	62	2148	87	4072	112	2538	137	2147
13	1249	38	2091	63	2202	88	3701	113	3484	138	2567
14	1500	39	2099	64	2218	89	3116	114	1847	139	3082
15	1508	40	2134	65	2227	90	3880	115	2584	140	2018
16	1552	41	2127	66	2231	91	6359	116	526	141	2229
17	1578	42	2125	67	2255	92	4393	117	1278	142	418
18	1602	43	2145	68	2361	93	4228	118	4481	143	4015
19	1689	44	3014	69	2364	94	1555	119	1750	144	6325
20	1728	45	3165	70	2369	95	526	120	4743	145	4207
21	1774	46	3183	71	2371	96	5517	121	3841	146	7821
22	1841	47	3237	72	2382	97	3379	122	1002	147	6914
23	1847	48	3256	73	2401	98	3375	123	1109		
24	1863	49	3373	74	2459	99	3360	124	3173		
25	1900	50	3484	75	2472	100	6674	125	2222		

De acuerdo con los argumentos expuestos, deberá el Despacho DECLARAR PROBADA LA EXCEPCIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL SEGURO SOAT, de aquellas reclamaciones cuya fecha de presentación a la aseguradora, y la fecha de presentación de la demanda, transcurrieron más de 2 años, tal y como ocurre con todas las facturas que se están reclamando en el presente proceso.

**3. NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO:**

A lo largo del presente escrito, se ha venido explicando cómo es el funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), pero con el propósito de dar una noción clara del funcionamiento de este tipo de seguro, y sustentar la presente excepción, procederé a dar una breve y clara explicación del trámite que debe realizar la CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., ante la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Conforme lo establece el Artículo 8 del Decreto 056 de 2.015, la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, es la legitimada para reclamar a la compañía aseguradora el reconocimiento y pago del valor del servicio médico prestado, así:

*“Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, (...), el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos (...) a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.”*

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establece el trámite que debe surtir la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, indicando que ésta debe presentar una reclamación a la aseguradora, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales y su cuantía, es decir, que la IPS debe acreditar su derecho ante la compañía aseguradora conforme lo establece el Artículo 1.077 del Código de Comercio. La norma referida establece:

*“Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.*

*Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990.”*

Así mismo, el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, establece:

*“(...) Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.*

Concordancia, ver artículo 38 decreto 056 de 2015 (Negrilla y Subrayado fuera del texto original)

Estas normas deben ser leídas e interpretadas en concordancia con lo dispuesto por los Artículos 26, 31, 32 y 36 del Decreto 056 de 2.015, que establecen la documentación necesaria para la presentación por parte de las IPS, de las reclamaciones por la prestación del servicio de salud con cargo al SOAT, regulando el contenido de esa documentación, en especial lo relacionado con el contenido de la epicrisis y el resumen clínico de atención, los requisitos de la factura y la verificación de requisitos por parte de la aseguradora, así:

*“(...) **Artículo 26.** 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.*

*(...)*

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

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

*“(…) Artículo 31. 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. (...)*

*“(...) **Artículo 32.** Para los efectos del presente decreto el resumen clínico de atención se diligenciará para servicios de salud ambulatorios y 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. Edad y sexo del paciente.*
- 4. Servicio de ingreso.*
- 5. Fecha de atención.*
- 6. Motivo de consulta.*
- 7. Enfermedad actual en donde debe indicarse:*
  - 7.1. La relación con el evento que originó la atención.*
  - 7.2. Si se trata de la prestación de servicios de ayudas diagnósticas, interpretación médica del paraclínico facturado.*
- 8. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención.*
- 9. Antecedentes.*
- 10. Examen físico.*
- 11. Diagnóstico.*
- 12. Plan de tratamiento.*
- 13. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.*
- 14. Cuando se hayan suministrado medicamentos deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento.*

*Parágrafo 1°. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a los resúmenes clínicos de atención 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.*

**Artículo 33.** *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. (...)*

*“(...) Artículo 36. Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este decreto y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.*

*Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, dichas entidades podrán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas, con aquellos disponibles en la base de datos SII ECAT, la base de pólizas expedidas y pagos realizados por las aseguradoras, y la base de datos de indemnizaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre otras.*

*Parágrafo 1°. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes.*

*Parágrafo 2°. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo 6° de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo 131 de la citada ley.*

*En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.*

*Cuando en los accidentes participen dos o más vehículos y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el presente numeral para el caso de vehículos asegurados, pero el importe correspondiente a la indemnización de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago que a los terceros correspondería estará a cargo del Fondo de que trata el artículo 198 numeral 1o. del presente Estatuto. (...)*

En el caso objeto de estudio, TODAS las reclamaciones que se relacionan en la demanda, carecen de los documentos que se deben acompañar con la facturas, que soportan la atención a la víctima por parte de la IPS, como por ejemplo, en el evento en que se haya realizado una radiografía, se debe allegar la lectura de la ayuda diagnóstica, pues no solo basta con aportar la historia clínica, también se debe aportar, el soporte de la misma, situación que no ocurre en este caso, pues el demandante, no aportó los documentos establecido en el artículo 30 del decreto 056 del 2015, de igual forma omitió aportar el FURISP, y de igual forma cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

#### EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS

#### 4. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., POR HABER SIDO OBJETADA TOTALMENTE POR NO CORRESPONDER A UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO:

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, hace referencia a una norma que para el análisis que haga el juez resulta de vital importancia, y es el Artículo 1.077 del Código de Comercio, normas que establecen la obligación del asegurado de acreditar el siniestro y la cuantía y la posibilidad que tiene el asegurador de objetar el derecho reclamado con hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad.

La CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

- Que el hecho que generó la atención médica no era un accidente de tránsito.

En este caso en particular se objetó totalmente la reclamación presentada por la CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., en algunos casos, pues mi representada, acreditó

situaciones que llevaron a esa objeción, por lo que la hoy demandante debía presentar las explicaciones pertinentes que aclararan el punto objeto de controversia.

La CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., en los casos objetados no presentó las respectivas explicaciones, siendo estas satisfactorias para la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., respecto a aquellos que no fueron aclarados o frente a los que la IPS guardó silencio, se ratificó la negativa de pago, debiendo una autoridad judicial definir el reconocimiento y pago de estos.

En los casos en que se objetó totalmente porque se logró establecer que las lesiones padecidas por la víctima no eran consecuencia de un accidente de tránsito, la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., expuso las razones por las cuales consideraba no era un accidente de tránsito y no había lugar al pago.

En relación a la investigación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar del hecho en que resultó lesionada la persona y que llevo a la prestación del servicio médico, COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. , realiza una verificación para constatar si se está en presencia de un accidente de tránsito; para tal efecto mi representada celebró un contrato con firmas de investigaciones de accidentes de tránsito, quien con personal experto realiza una investigación con la víctima del hecho y con los tomadores de los SOAT, para establecer si efectivamente las lesiones que motivaron la atención médica, fueron ocasionadas en un accidente que según la norma pudo ser considerado como accidente de tránsito.

La investigadora, al verificar alguna de las situaciones descritas, presenta a la aseguradora un informe que contiene las investigaciones y las pruebas de dichas investigaciones (versión víctima y asegurado, fotografías, verificaciones de la forma como ocurrió el accidente, entre otras), que le permiten a mi representada objetar de manera total la reclamación presentada por la IPS.

Así las cosas, en las siguientes reclamaciones se logró demostrar por parte de mi representada y por medio de las firmas investigadoras que las siguientes reclamaciones de las facturas NO CORRESPONDIERON A ACCIDENTE DE TRANSITO, las cuales se adjuntan sus respectivas investigaciones:

NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA
5	1748
48	3256
66	2231
105	208

Siendo así las cosas y Conforme con lo establecido por el Artículo 2º de la Ley 769 de 2.002 y el numeral 1 del Artículo 3 del Decreto 056 del 2.015, se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido al menos un vehículo automotor en movimiento, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que, como consecuencia de su circulación o tránsito, o que, por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito, cause daño en la integridad física de las personas.

No se entiende como accidente de tránsito aquel producido por la participación del vehículo en actividades o competencias deportivas, por lo cual los daños causados a las personas en tales eventos serán asegurados y cubiertos por una póliza independiente.

De la anterior definición se colige que para que se configure un accidente de tránsito se deben dar los siguientes presupuestos: i.) Que ocurra en el territorio nacional; ii.) que involucre al menos un vehículo automotor; iii.) que el automotor cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas y; iv.) que el daño causado se produzca con ocasión del tránsito o movilización por una vía del vehículo automotor involucrado.

La CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., pretende en el caso objeto de estudio se obligue a la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., a realizar el pago de algunos casos que fueron reclamados con fundamento en el seguro obligatorio de accidente de tránsito, que esta última objetó al verificar que no se estaba en presencia de un accidente de tránsito, es decir, que no tenían cobertura.

Aclarada la definición de accidente de tránsito y los presupuestos necesarios para que se presenten este tipo de eventos, resulta procedente saber qué entiende la normativa actual por automotor, para poder determinar cuáles son los vehículos que en Colombia están obligados a adquirir el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y en que eventos se puede utilizar este tipo de seguro para cubrir las consecuencias de un accidente, pues no todo accidente en que esté involucrado un automotor puede ser considerado como un accidente de tránsito. La noción perseguida se encuentra establecida en el numeral 6 del Artículo 3 del Decreto 056 de 2.015, la cual es congruente con la definición dada por el legislador colombiano en el numeral 3 del Artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, norma que indica:

***De conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte***

*de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado.*

*No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.*

Ahora bien, de la definición que trae la ley de accidente de tránsito, se colige un concepto que es necesario analizar como el concepto de vía, pues es una circunstancia de lugar que debe ser tomada en cuenta para determinar si se está ante la presencia de un accidente de tránsito o no. El Decreto 056 de 2015 trae la noción de vía estableciendo que: *De conformidad con lo establecido en la Ley 769 de 2002, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, entiéndase por vía toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.*

De lo anterior podemos concluir que, para que el accidente sea cubierto por el SOAT, este debe ocurrir en una vía pública o privada que esté abierta al público, lo que quiere decir que si se trata de una vía que cuenta con algún tipo de restricción o en la cual no se puede transitar de manera libre sin una autorización previa, esta no encaja en la noción que trae la norma, por lo que no resulta objeto de cobertura por el SOAT.

Luego de realizar el análisis normativo con el cual se busca aclarar al Despacho los conceptos relevantes al interior del significado de la expresión accidente de tránsito, podemos concluir que cuando se presenten los siguientes eventos no estamos frente a un accidente de tránsito y, consecuentemente, no habría cobertura del SOAT:

- i. Cuando una persona sufra un accidente doméstico, laboral o de cualquier otro tipo, donde no se vea involucrado vehículo alguno, pero que, no obstante conocer esas circunstancias se busque la atención médica por medio del SOAT, lo que claramente es una causal de objeción total.
- ii. Cuando en el accidente participe un vehículo que no esté catalogado como vehículo automotor, como lo trae el numeral 3° del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.
- iii. Cuando el vehículo automotor se encuentra detenido o es movilizado de manera irregular, esto es, no se utiliza el motor de este para circular; teniendo en cuenta que es esto lo que le da la categoría de vehículo automotor; no se puede considerar un accidente de tránsito.

- iv. Cuando el accidente ocurre en una vía de carácter privada con restricción para su ingreso.
- v. Cuando el daño se produzca directamente por la caída del vehículo automotor sobre la persona sin que este en movimiento o por un choque de la persona con un vehículo que se encuentre detenido.

COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. , al examinar las reclamaciones presentadas por CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., y teniendo el informe presentado por la firma investigadora, obtuvo establecer que el accidente que se pretendía catalogar como de tránsito no tenía las características de este tipo de evento, porque en la situaciones de tiempo modo o lugar no estuvo involucrado un vehículo en movimiento o aconteció en una vía privada con restricciones para su ingreso, logrando establecer que correspondían a un accidente doméstico, laboral o de otro tipo, y que lo que se estaba haciendo, era aparentar como un accidente de tránsito para obtener las prestaciones económicas por atenciones médicas. Es así como accidentes sufridos por las víctimas al interior de sus viviendas, sufridos por peatones al caer en andenes, calles, caños, accidentes sufridos por personas al transitar por espacios comerciales, lugares de trabajo o colisiones de peatones contra vehículos detenidos o lesiones sufridas por la caída de motocicletas o vehículos cuando se están reparando, se pretendieron convertir en accidentes de tránsito donde no estuvo involucrado un vehículo asegurado con SOAT, siendo el único objetivo obligar erróneamente al sistema del SOAT, dar cobertura a atenciones médicas de víctimas de accidentes de tránsito.

En muchas de las reclamaciones donde CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., brindó atención médica a esas víctimas de accidentes que no correspondían a tránsito, con la labor investigativa, se logró establecer que la versión inicial que indicaba que había ocurrido un accidente de tránsito, no correspondía a la realidad y que las lesiones se habían sufrido en otro tipo de eventos no amparados por el SOAT.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS, entrando a la carpeta PRUEBAS DOCUMENTALES, luego en la carpeta NO ACCIDENTE DE TRANSITO.

Por lo anterior solicito muy respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción y no se ordene el pago de las reclamaciones antes descritas.

## 5. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., POR HABER SIDO OBJETADA TOTALMENTE POR CORRESPONDER A EVENTO DE PÓLIZA PRESTADA:

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero hace referencia a una norma que para el análisis que haga el juez resulta de vital importancia, y es el Artículo 1.077 del Código de Comercio, normas que establecen la obligación del asegurado de acreditar el siniestro y la cuantía y la posibilidad que tiene el asegurador de objetar el derecho reclamado con hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad.

La CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., las objetó totalmente, debido a que se pudo establecer:

- Que la póliza con base en la cual se reclamaba había sido prestada, toda vez que el vehículo asegurado no había estado involucrado en el accidente de tránsito.

Dentro de las reclamaciones que nos ocupan en el presente proceso, se dieron casos en los cuales, si bien correspondieron a accidentes de tránsito, los vehículos involucrados no tenían una póliza de SOAT, por lo que las personas involucradas, para buscar atención medica de las víctimas, utilizaron una póliza de otro vehículo, por lo que es claro que la obligación no se encuentra en cabeza del asegurador, pues el vehículo no hizo parte del accidente, y lo que debía realizar la IPS, era proceder a reclamar los gastos médicos al ADRES, conforme lo establece el inciso 2 del numeral 5 del Artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

En relación a la investigación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar del hecho en que resultó lesionada la persona y que llevo a la prestación del servicio médico, COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. , realiza una verificación para constatar si se está en presencia de un accidente de tránsito y si realmente existió una intervención del vehículo asegurado en el hecho; para tal efecto mi representada celebró un contrato con firmas de investigaciones de accidentes de tránsito, quien con personal experto realiza una investigación con la víctima del hecho y con los tomadores de los SOAT, para establecer si ocurrió un accidente de tránsito, y que las lesiones tienen origen en este, además de establecer, si el vehículo involucrado en el hecho, se encontraba o no asegurado por la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

La investigadora, al verificar alguna de las situaciones descritas, presenta a la aseguradora un informe que contiene las investigaciones y las pruebas de dichas investigaciones (versión víctima y asegurado, fotografías, verificaciones de la forma como ocurrió el accidente, entre otras), que le permiten a mi representada objetar de manera total la reclamación presentada por la IPS.

No obstante a lo anterior, tenemos que frente a las reclamaciones efectuadas por la CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. , encomendó a la firma investigadora, la verificación de si el vehículo que se afirmaba había intervenido en el accidente de tránsito era el que había ocasionado las lesiones que motivaron la atención médica cuyo pago se reclamaba, y esta firma en todos y cada uno de los casos realizó trabajo de campo entrevistando al lesionado y al tomador del seguro con el fin de constatar la participación del vehículo en el accidente, encontrando que si bien las personas lesionadas se movilizaban en un vehículo y que habían sufrido lesiones en un accidente de tránsito, ese vehículo no era el asegurado por mi representada, sino que era un vehículo que no contaba con SOAT y que la víctima para obtener la atención médica requería había logrado, que le fuese prestado el SOAT de un vehículo asegurado por mi representada para su ingreso a la IPS, es decir que con el fin de obtener la atención médica utilizó el SOAT de un vehículo que no estuvo involucrado en el accidente, lo que constituye una defraudación al sistema y por ende la imposibilidad de pago por parte de mi representada ya que ello debía ser asumido por el ADRES.

En el presente caso tenemos que las siguientes reclamaciones se objetaron totalmente por ser pólizas prestadas

NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA
1	2288
3	2820
10	870
11	1041
27	1959
64	2218
65	2227
110	2459
137	2147

Siendo así las cosas como puede observar en todas las reclamaciones que se objetaron bajo esta causal, señor juez podemos observar, la investigación que realizó la firma investigadora, donde se adjuntas las pruebas que soportan dicha investigación, y de esta forma no cabe duda alguna que dicha objeción se fundamentó en derecho.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS, entrando a la carpeta PRUEBAS DOCUMENTALES, luego en la carpeta POLIZA PRESTADA.

Por lo anterior solicito muy respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción y no se ordene el pago de las reclamaciones antes descritas.

#### **6. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., POR HABER SIDO OBJETADA POR FALTA DE PERTINENCIA DE LA ATENCIÓN PRESTADA**

CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUOAR S.A.S presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

- Que no hay pertinencia en el medicamento y/o tratamiento utilizado, ni en los honorarios médicos facturados entre otros

En el análisis realizado previo a exponer los casos que fueron objeto de objeción total o parcial, se hizo referencia a los documentos que deben ser aportados por aquella IPS que prestó el servicio de atención médica a la víctima de accidente de tránsito, documentos que se encuentran establecidos en el Artículo 26 del Decreto 056 de 2.015, que indica:

*“Artículo 26. 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.”*

Conforme lo establece el Artículo 36 del Decreto 056 de 2.015, una vez la IPS radica la reclamación, la aseguradora debe estudiar, la procedencia de esta, la verificación del hecho, la acreditación de calidad de víctima, la cuantía de la reclamación y que se cumplan los términos establecidos en la norma.

Ahora bien, son los Artículos 1.077 de Código de Comercio y 143 de la ley 1.438 de 2.011, los que permiten a la aseguradora analizar y objetar las reclamaciones presentadas por la IPS, en casos como los indicados al inicio de esta excepción.

En gran parte de las reclamaciones presentadas por la CLÍNICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR S.A.S, para el reconocimiento de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, no se discute el evento generador de la atención, pero si se puede discutir la pertinencia de algunas de las atenciones médicas que se brindaron a la víctima.

Ocurre con frecuencia que, con la documentación aportada por la IPS con la reclamación, los auditores médicos constatan la impertinencia de algunas atenciones médicas que se pretende cobrar; los casos más frecuentes de esas impertinencias son:

- Impertinencia de exámenes diagnósticos
- Impertinencia en la utilización de medicamentos
- Impertinencia de materiales e insumos
- Impertinencia en la colocación de material de osteosíntesis
- Impertinencia por servicios no prestados

las facturas que fueron objetadas por falta de pertinencia en la atención son las siguientes:

NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA	NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA	NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA	NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA	NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA	NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA
1	2288	26	1952	51	3610	76	2482	101	6137	126	3844
2	5927	27	1959	52	4072	77	2488	102	5754	127	3870
3	2820	28	1961	53	4023	78	2526	103	7734	128	423
4	2026	29	1967	54	4853	79	2538	104	7855	129	3610
5	1748	30	1992	55	3610	80	2582	105	208	130	2320
6	248	31	2000	56	4929	81	2585	106	3780	131	3251
7	88	32	2015	57	6125	82	2587	107	6160	132	3881
8	310	33	2023	58	4777	83	2589	108	7821	133	2600
9	391	34	2024	59	5965	84	2597	109	7217	134	3922
10	870	35	2065	60	7765	85	2604	110	2459	135	304
11	1041	36	2074	61	7451	86	2889	111	1728	136	2475
12	1109	37	2086	62	2148	87	4072	112	2538	137	2147
13	1249	38	2091	63	2202	88	3701	113	3484	138	2567
14	1500	39	2099	64	2218	89	3116	114	1847	139	3082
15	1508	40	2134	65	2227	90	3880	115	2584	140	2018
16	1552	41	2127	66	2231	91	6359	116	526	141	2229
17	1578	42	2125	67	2255	92	4393	117	1278	142	418
18	1602	43	2145	68	2361	93	4228	118	4481	143	4015
19	1689	44	3014	69	2364	94	1555	119	1750	144	6325
20	1728	45	3165	70	2369	95	526	120	4743	145	4207
21	1774	46	3183	71	2371	96	5517	121	3841	146	7821
22	1841	47	3237	72	2382	97	3379	122	1002	147	6914
23	1847	48	3256	73	2401	98	3375	123	1109		
24	1863	49	3373	74	2459	99	3360	124	3173		
25	1900	50	3484	75	2472	100	6674	125	2222		

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

**7. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., POR HABER SIDO ACEPTADA LA GLOSA U OBJECION POR PARTE DE LA IPS DEMANDANTE**

En primera medida debemos definir que es una glosa, y está definida como aquella inconformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Ahora bien, como lo hemos venido manifestando, es claro tanto para nosotros como para la sociedad DEMANDANTE, que el trámite que le corresponde a las reclamaciones que se relacionan a continuación y demás reclamaciones que también fueron objetadas en el presente proceso por el mismo motivo, se rigen dentro del marco de las normas que regulan el CONTRATO DE SEGURO, pues no puede su señoría confundirse, ya que no es posible aplicar las normas de la ACCION CAMBIARIA, en un caso como el que nos ocupa, por existir norma especial.

Siendo así, el hecho que se inicie un proceso contra el asegurador, no le impide presentar los argumentos exceptivos que considere necesarios, como bien lo ha establecido la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

*“(…) 3.- Si el beneficiario reclama pago ante el asegurador, con base en un riesgo no amparado, ya sea porque el siniestro ocurrido es totalmente ajeno al contratado o porque la especie reclamada está excluida contractualmente del género constitutivo del siniestro, ningún derecho puede surgir para el primero de la simple circunstancia de que su reclamación no sea objetada por el segundo en el plazo legal, porque esa omisión no es en el derecho colombiano fuente de obligaciones. - Por lo mismo el juzgador, frente a la inexistencia de contrato que recaiga sobre el riesgo específico en que se apoye la demanda, ninguna obligación puede deducir a cargo de la Compañía Aseguradora, ni siquiera pretextando que ésta se abstuvo de objetar extrajudicialmente la reclamación. No tiene aquí otro camino el fallador que admitir la defensa correspondiente, pues la ausencia de objeción no es óbice para reconocer los hechos exceptivos relacionados con la obligación demandada, o sea, aquellos que tiendan a establecer que el derecho del asegurado no existe por no haber nacido a la vida Jurídica o por haberse extinguido una vez nacido o por haber sufrido modificaciones, o por inexigibilidad actual del mismo. (...)”<sup>7</sup> (Negrillas y subrayas por fuera del texto original)*

Lo subrayado deja en claro que, si se llegare a considerar que la reclamación no fue objetada por el asegurador en el plazo legal, es claro que, al existir una exclusión del género constitutivo de un evento, ningún derecho puede surgir, pues esa omisión no es en derecho colombiano fuente de obligación.

La doctrina por su parte ha establecido lo siguiente:

*“(…) En este orden de ideas, si la falta absoluta de objeción no elimina la posibilidad de defensa para la aseguradora, mucho menos puede predicarse tal consecuencia cuando se presenta una objeción seria y fundada en la que se expresan algunos motivos, pues aunque lo deseable es que la compañía exponga, en la medida de lo posible, todas las razones que tiene para negar el pago de una indemnización, nada impide la aducción posterior de otros*

---

<sup>7</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de fecha 28 de junio de 1993. M.P. NICOLAS BECHARA SIMANCAS. Gaceta Judicial. T. CCXXII No. 2461, primer semestre de 1993, págs. 616-627

*argumentos que, desde luego, tendrán que ser considerados en el momento de resolver un eventual conflicto. (...)*<sup>8</sup>

Ahora, con lo anterior clarificado, aterrizo en el caso concreto, en el cual debo mencionar que mi representada, al existir dudas en las circunstancias del caso, contrató los servicios de una agencia investigadora independiente, la cual procedió a hacer investigación del caso en mención recaudando material probatorio y en el cual se demostró que las facturas anteriormente señaladas no puede ser pagadas por parte de mi representada a la IPS DEMANDANTE, toda vez que, según las investigaciones hechas por parte de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. para cada uno de estos casos se pudo corroborar que las siguientes facturas se objetan por Objeción aceptada por la IPS, como son las facturas:

NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	DE LA	NUMERO DE FACTURA	DE
30		1992	
37		2086	
38		2091	
41		2127	
42		2125	
43		2145	
47		3237	
51		3610	
55		3610	
72		2382	
73		2401	
74		2459	
76		2482	
77		2488	
78		2526	
83		2589	
84		2597	
85		2604	
89		3116	
94		1555	
95		526	
110		2459	
119		1750	
120		4743	
121		3841	
126		3844	

<sup>8</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala De Casación Civil. RAD. SC-096/2006 de fecha 27 de julio de 2006. M.P. CESAR JULIO VALENCIA COPETE.

128	423
129	3610
130	2320
131	3251

En ese sentido, cabe precisar que mi representada por medio de correo certificado le comunicó a IPS CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR S.A.S, la objeción anteriormente enunciada, informándole las razones que hoy día ratificamos y que desafortunadamente impiden que asumamos el pago de la reclamación que presentaron en su oportunidad con relación a los accidentes de tránsito que están siendo reclamadas en las facturas señaladas en la presente excepción.

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

#### **8. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS, POR HABER SOBRE COSTOS EN LOS MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.**

En primera medida debemos definir que es una glosa, y está definida como aquella inconformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

En el análisis realizado previo a exponer los casos que fueron objeto de objeción total o parcial, se hizo referencia a los documentos que deben ser aportados por aquella IPS que prestó el servicio de atención médica a la víctima de accidente de tránsito, documentos que se encuentran establecidos en el Artículo 26 del Decreto 056 de 2015, que indica:

*“Artículo 26. 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.”*

Conforme lo establece el Artículo 36 del Decreto 056 de 2015, una vez la IPS radica la reclamación, la aseguradora debe estudiar, la procedencia de esta, la verificación del hecho, la acreditación de calidad de víctima, la cuantía de la reclamación y que se cumplan los términos establecidos en la norma.

Ahora bien, son los Artículos 1.077 de Código de Comercio y 143 de la ley 1.438 de 2.011, los que permiten a la aseguradora analizar y objetar las reclamaciones presentadas por la IPS, en casos como los indicados al inicio de esta excepción.

La CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR S.A.S, presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

- Los medicamentos que fueron utilizados por la IPS, y los procedimientos realizados sobre pasan la tarifa del mercado, así como se logró demostrar en las siguientes facturas:

NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA
35	2065
44	3014
54	4853
56	4929
57	6125
60	7765
62	2148
63	2202
81	2585

93	4228
100	6674
101	6137
103	7734
104	7855
106	3780
107	6160
108	7821
109	7217
133	2600
135	304
141	2229
143	4015
146	7821
147	6914

**9. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A, TODA VEZ QUE ALGUNAS FACTURAS QUE SE RELACIONAN FUERON PAGADAS Y ACEPTADAS POR LA IPS EN CONCILIACION**

De conformidad a lo establecido por el artículo 1625 del Código Civil Colombiano, el pago es uno de los modos de extinguir las obligaciones:

*“(...) ARTICULO 1625. Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula.*

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

- 1o.) Por la solución o pago efectivo.*
- 2o.) Por la novación.*
- 3o.) Por la transacción.*
- 4o.) Por la remisión.*
- 5o.) Por la compensación.*
- 6o.) Por la confusión.*
- 7o.) Por la pérdida de la cosa que se debe.*
- 8o.) Por la declaración de nulidad o por la rescisión.*
- 9o.) Por el evento de la condición resolutoria.*
- 10.) Por la prescripción.*

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

Lo anterior se menciona, toda vez que, en lo que respecta a los valores que son cobrados por la entidad demandante en este proceso, para cada una de las facturas aportadas con la demanda, debe precisarse frente a estos, que fueron efectuadas entre COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS Y CLINICA DE FRACTURAS S.A. en jornadas especiales de conciliación entre las partes, que permitió que se verificara un acuerdo en relación con pagos por parte de mi representada de algunas facturas, y aceptación de algunas objeciones por parte de la IPS, situación que se acredita, mediante actas de conciliación suscritas por su representante legal y medico auditor, entre ellas tenemos:

NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA
96	5517
145	4207

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

#### **10. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., POR HABER SIDO DEVUELTAS:**

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, hace referencia a una norma que para el análisis que haga el juez resulta de vital importancia, y es el Artículo 1077 del Código de Comercio, normas que establecen la obligación del asegurado de acreditar el siniestro y la cuantía y la posibilidad que tiene el asegurador de objetar el derecho reclamado con hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad.

La CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR S.A.S, presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía MUNDIAL DE SEGUROS S.A. hizo devoluciones, objetó total o parcialmente, a cada una de las reclamaciones que se presentaron, y lo anterior debido a que se pudo establecer:

- No se aportaron los documentos completos.
- Aclaración de datos
- Factura no registra en base de datos
- Facturas duplicadas

- Entre otros.

De lo anterior tenemos las siguientes facturas así:

NUMERO DE ORDEN EN LA DEMANDA	NUMERO DE FACTURA
4	2026
6	248
59	5965
98	3375
116	526

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción

#### **11. IMPROCEDENCIA DE INTERESES MORATORIOS:**

La parte actora pretende con la presente demanda que sobre el capital, que se afirma adeudado por mi representada, se deben reconocer unos intereses moratorios los cuales como explicaré son improcedentes, pues como se indicó en las excepciones precedentes, todas las acciones derivadas del SOAT se encuentran prescritas, y aunado a lo anterior un número importante se encuentran pagadas y otras reclamaciones fueron objetadas total o parcialmente, sin que exista obligación a cargo de la demandada, por lo que no puede hablarse de intereses moratorios.

Si la obligación principal no existe, bien sea porque está prescrita, pagada o no se acreditó el derecho reclamado, no es posible hablar de intereses moratorios. Y es que el Artículo 1080 del Código de Comercio es claro al indicar que para que se causen los intereses moratorios es necesario que el asegurado acredite los requisitos del Artículo 1077 ibidem; siniestro y cuantía; y como se indicó en la excepción denominada NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO, en gran parte de las obligaciones objeto de cobro, no se cumplió con este requisito, en las que se cumplió la obligación se extinguió por el pago o en ambos casos puede darse que la acción derivada del contrato de seguro se encuentre extinta por el fenómeno de la prescripción.

#### **OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO:**

Como se puede observar del escrito de demanda, el abogado de la parte demandante, sin mediar ninguna operación aritmética o de realizar calculo alguno, se limita a manifestar olímpicamente que el juramento estimatorio asciende a la suma de CIENTO CINCUENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS (\$ 156.984.000,00), tomando este valor de unos supuestos intereses moratorios, cuando no allega la prueba de ese cálculo, es decir no allega la liquidación pertinente para calcular los supuestos intereses moratorios.

Sobre el particular, como bien se planteó en la excepción denominada IMPROCEDENCIA DE INTERESES MORATORIOS, debemos destacar que, al no existir la obligación principal, bien sea porque está prescrita, pagada o no se acreditó el derecho reclamado, no es posible hablar de intereses moratorios.

Y es que el Artículo 1.080 del Código de Comercio es claro al indicar que para que se causen los intereses moratorios es necesario que el asegurado acredite los requisitos del Artículo 1.077 ibidem; siniestro y cuantía; situación que no se presenta en este caso, como se indicó en la excepción denominada NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO.

Así las cosas, no es posible que se pueda considerar por el despacho que el requisito del juramento estimatorio se encuentra cumplido generándose entonces la obligación de aplicar lo consagrado en el artículo 206 del código general del proceso que en su inciso 4 y párrafo establecen:

*“(...) Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) a la que resulte probada, se condenará a quien hizo el juramento estimatorio a pagar al Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia entre la cantidad estimada y la probada. (...)”*

*Parágrafo. También habrá lugar a la condena a la que se refiere este artículo a favor del Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, en los eventos en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios. En este evento, la sanción equivaldrá al cinco por ciento (5%) del valor pretendido en la demanda cuyas pretensiones fueron desestimadas.*

*La aplicación de la sanción prevista en el presente párrafo solo procederá cuando la causa de la falta de demostración de los perjuicios sea imputable al actuar negligente o temerario de la parte. (...)”*

Como se puede observar de la norma anterior, es importante resaltar que en las consideraciones del despacho para estimar la aplicación de las sanciones mencionadas, en

el caso que nos ocupa, la parte demandante a pesar de haber tenido una decisión desfavorable en el proceso ejecutivo que relacionó en los hechos de la demanda, insiste en acudir a congestionar el aparato judicial nuevamente, pues desconocen los argumentos que jurídicamente y en oportunidad ha brindado mi representada, como lo observará el despacho a lo largo del análisis de las excepciones que hemos propuesto en el presente escrito.

Así las cosas, al no existir una liquidación o sustentación adecuada del juramento estimatorio por el demandante, no hay posibilidad de realizar un pronunciamiento de fondo sobre la misma, por lo que al requerir el artículo 206 que mi representada establezca las inexactitudes que se le atribuya a la estimación, por lo que quiero ser contundente en afirmar que la liquidación que realizamos nosotros, **es de cero (0) pesos**, pues al revisar una por una las reclamaciones que tienen que ver con las facturas que se aportan al presente proceso, se ha verificado que COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. ha cumplido con su carga de atender las mismas, pagando u objetando, dependiendo el caso, por lo que al día de hoy no hay lugar a que se ordene que paguemos valor alguno, y consecuente a ello, no hay lugar a que nos ordenen a pagar intereses de ningún tipo.

## PRUEBAS

### 1. INTERROGATORIO DE PARTE:

Cítese al representante legal de la CLINICA DE FACTURAS VALLEDUPAR S.A.S., para que, en la oportunidad señalada por el Despacho, absuelva el Interrogatorio de Parte que en forma verbal le formularé. Se pretende con esta prueba lograr la confesión de las excepciones en que se funda la presente contestación.

### 2. DECLARACIÓN DE PARTE:

De conformidad con el artículo 165 y 198 del Código General del Proceso, que establece como medio de prueba la declaración de parte, cítese al representante legal de la compañía COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. para que, en la oportunidad señalada por el despacho, rinda declaración de parte, se pretende con esta prueba acreditar las excepciones formuladas.

### 3. DOCUMENTAL:

Acompaño las siguientes pruebas documentales, las cuales se encuentran disponibles en un LINK, en el acápite denominado ANEXOS de la demanda. Así:

- PRUEBAS DOCUMENTALES (Se encontrará, cada factura, con su correspondiente objeción y guía de envío, como también su respectiva investigación.)

1. NO ACCIDENTE DE TRANSITO
  2. POLIZA PRESTADA
  3. PERTINENCIA
  4. ACEPTA GLOSA U OBJECCION
  5. PRESCRIPCION
  6. SOBRECOSTOS
  7. FACTURAS DEVUELTAS
  8. PAGO
- Poder general otorgado al suscrito.

#### 4. TESTIMONIAL:

Solicito respetuosamente al despacho, se le reciba testimonio del doctor ARIEL CARDENAS FUENTES en su calidad ASEROR de reclamaciones de Seguros de Indemnizaciones SOAT o quien haga sus veces de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., quien puede recibir notificaciones en la Calle 33 No. 6b-24 de la ciudad de Bogotá, o en su correo electrónico [acardenas@segurosmundial.com.co](mailto:acardenas@segurosmundial.com.co), para que declare sobre el proceso, el pago de las facturas, investigaciones, objeciones, y además ratifique el contenido del documento por el suscrito.

#### ANEXOS

- Los anunciados en el acápite de prueba documental, que se encuentran a disposición del despacho y las demás partes procesales, a través del siguiente link:

[DESCARGAR AQUI](#)

#### NOTIFICACIONES

Las que aparecen en el expediente, para los demandantes y demandados.

- La parte demandante, recibe notificaciones físicas en la Diagonal 20 b 18 d 76 Barrio las Delicias, Valledupar-Cesar. y electrónicas al correo: [clinicadefractura@yahoo.com](mailto:clinicadefractura@yahoo.com).
- Apoderado del demandante recibe notificaciones físicas en la Calle 9A No. 15 – 57 San Joaquín en Valledupar y electrónicas al correo [carpiofirmadeabogados@outlook.com](mailto:carpiofirmadeabogados@outlook.com)
- La sociedad COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., recibirá notificaciones en la

dirección Calle 33 No. 6b-24 de la ciudad de Bogotá. Y la siguiente dirección electrónica [impuestomundial@segurosundial.com.co](mailto:impuestomundial@segurosundial.com.co)

- El suscrito recibirá notificaciones en el despacho del juzgado o en mi oficina de abogada situada en la Carrera 58 No 70-110 Oficina 4 piso 2 de la ciudad de Barranquilla y al correo [agomez@ompabogados.com](mailto:agomez@ompabogados.com)

Señor Juez,



ALEXANDER GÓMEZ PÉREZ

No. 1.129.566.574

T.P. No. 185.144 del C. S. de la J.

M.H