

Bogotá D.C, siete (7) de julio de 2021.

**Señora**

**JUEZ CINCUENTA Y SIETE CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.**

**Dra. MARLENNE ARANDA CASTILLO.**

**E. S. D.**

**Demandante: COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

**Demandado: MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO**

**Expediente No.: 11001 40 03 057 2021 00127 00**

**Asunto: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

**JUAN PABLO MORANTES ACUÑA**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 80.170.972 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 223.013 del C. S. de la Judicatura, en mi condición de apoderado especial de la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO**, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 42.986.637 de Medellín, parte demandada dentro del presente proceso, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** en los siguientes términos:

## **I. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES.**

Me opongo a todas y cada una de las declaraciones y pretensiones enlistadas en la demanda principal y en su subsanación, fundamentando tal oposición en las exposiciones que a continuación se presenta frente a los hechos y con fundamento en las excepciones que se plantean.

## **II. EN RELACIÓN CON LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**Al hecho No. 1. No es cierto como se expresa y se aclara.** El 29 de febrero de 1992, la señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** celebró contrato No. 011104268 con **HUMANA S.A. (hoy COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.)** el cual tiene por objeto la prestación de servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria entre otros servicios de salud bajo la modalidad de pre pago, a favor

de la contratante y su grupo familiar el cual se encuentra compuesto por:

- i. **JORGE EDUARDO CHEMÁS JARAMILLO**
- ii. **SERGIO ALEJANDRO CHEMÁS VÉLEZ**
- iii. **MARÍA MANUELA CHEMÁS VÉLEZ**
- iv. **CAROLINA JARAMILLO DE CHEMÁS**
- v. **NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA,**

Debe ponerse de presente que el contrato No. 011104268 inició su vigencia inmediatamente fue suscrito por las partes.

**Al hecho No. 2. Es parcialmente cierto y se aclara.** A pesar de que la cláusula del contrato No. 011104268 establece unas prestaciones como consecuencia de pagos y vigencias detalladas en el documento, lo cierto es que el objeto del mismo es la prestación de servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, así como aquellos que correspondan a las demás actividades relacionadas con el cuidado del derecho fundamental de la salud bajo la modalidad de pre pago.

**Al hecho No. 3. Es parcialmente cierto y se aclara.** La señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** tiene la calidad de contratante, siendo los demás miembros de su familia en estricto sentido beneficiarios.

**Al hecho No. 4: No es un hecho.** Se trata de la transcripción de la cláusula cuarta del contrato a cuyo contenido literal me atengo.

**Al hecho No. 5: No es cierto como se expresa y se aclara.** Es cierto que la proforma preestablecida por **HUMANA S.A.**, hoy **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, definió ese texto, pero este no tuvo la menor incidencia en la ejecución del contrato:

- Lo que hay allí es una advertencia de quiénes y de qué forma pueden ingresar a un plan de medicina prepagada con la entonces **HUMANA S.A.**,
- Todo el grupo familiar de la Señora **MARIA TERESA VELEZ GIRALDO** fue incluido sin objeción alguna, sin las discriminaciones que se establecen en dicha cláusula, y sin pacto de tarifas diferenciales por edad, como lo ordena la reglamentación para este tipo de contratos.

Ha de notarse además, que en dicha cláusula, en modo alguno se hace advertencia

de una diferenciación de **tarifas** por edades para los que tenían la calidad de usuarios el momento de aplicación de tales tarifas, su forma de establecer la variación tarifaria, por lo que no puede darse a dicha cláusula a través de subrayas un alcance que no tuvo y que no tiene, y en gracia de discusión, aunque se admitiera la existencia de un vacío interpretativo, estos deben ser interpretados en contra del preestipulante del contrato, esto es, en contra de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

Igualmente, se echa de menos en el relato del hecho las decisiones que sobre este punto del contrato se han proferido a nivel judicial y administrativo, y que la demandante convenientemente pretende excluir. Sobre lo anterior, me permito citar la conclusión a la que llegó el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Bogotá en sentencia de segunda instancia proferida el día 6 de marzo del 2014 en el proceso promovido por **MARÍA TERESA VELEZ GIRALDO**, en contra de **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, y sobre la que existen los efectos de la cosa juzgada:

***“Al afiliarse a HUMANA S.A. dentro del CONTRATO FAMILIAR TRADICIONAL no se les hizo ninguna reserva verbal o escrita con base en el artículo 1 de la Cláusula IV del Contrato en cuanto a sus edades, ni sobre tarifas discriminatorias que les serían aplicadas en un futuro bajo el pretexto de edad, siniestralidad u otra razón. (...)”.***

De esta manera, ha de considerarse adicionalmente la sanción administrativa impuesta por la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** a **HUMANA S.A.** mediante Oficio No. NURC 259103 dirigido al señor **ÁLVARO HERNÁNDEZ FLETSCHER** se comunicó la Resolución No. 1674 de 27 de agosto de 1998, dirigida al señor **ÁLVARO HERNÁNDEZ FLETSCHER**, en los siguientes términos:

***“Una vez analizadas las respuestas de HUMANA S.A. COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA a las quejas en mención se concluye que la entidad de prepago si está modificando unilateralmente el contrato al exigir al usuario mayor de determinada edad el pago de una tarifa diferencial, sin que esta situación haya hecho parte de las condiciones iniciales pactadas en el contrato.***

***Esta modificación es para la Superintendencia***

***Nacional de Salud una conducta irregular, que viola las normas legales que reglamentan la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de prepago, particularmente los Decreto 1570 de 1993 y 1486 de 1994”.***

Se llama la atención que la demandante en este hecho pretende traer una cláusula de “elegibilidad de usuarios” para tratar de sustentar sus pretensiones frente a la legalidad y pacto de diferenciación de tarifas por edad, cita impertinente y desafortunada como muchas de las transcripciones selectivas y acomodadas que hace en los hechos.

**Al hecho No. 6. No es un hecho.** No hay en este punto una indicación de la ocurrencia de un suceso en tiempo, modo o lugar y se trata de una transcripción de una cláusula a cuyo contenido literal y validez jurídica me atengo.

Ante las solicitudes de la demanda y en la interpretación del popurrí de pretensiones, se precisa que la demandada no ha incurrido en ninguna mora en relación con el contrato.

Por el contrario, ha sido **HUMANA S.A.** hoy **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** quien lo ha incumplido de diversas maneras las cuales entre otros le han valido las sanciones y condenas, tal como lo hemos expresado.

**Al hecho No. 7. No es un hecho.** Se trata de la transcripción de una cláusula a cuyo contenido literal me atengo.

**Al hecho No. 8. No es cierto como se expresa y se aclara.** Nuevamente **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** sugiere a través de este documento de renovación del contrato suscrito en el año 2000, que en aquel formato se introdujo y se aceptó una tarifa diferencial para mayores de 65 años, argumento ya derruido mediante sentencia judicial del día 6 de marzo del 2014 proferida por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Bogotá la cual tiene efectos de cosa juzgada.

Así se observa en la argumentación de la mencionada sentencia:

*“Se dijo por la Juez de instancia que no se encontró que la parte demandada estuviera efectuando cobros que no hubieran sido pactados por las partes, porque la demandante, con el hecho de haber efectuado dichos pagos había aceptado la carga impuesta por la sociedad demandada, esto es, la de los pagos de las tarifas diferenciales por la edad de las señoras citadas en el párrafo precedente, afirmación que faltó a la verdad*

*procesal, pues en efecto, también está probado y hasta aceptado por la parte demandada, que la demandante, si presentó en repetidas ocasiones su desacuerdo con el cobro de las citadas tarifas diferenciales por la edad de las beneficiarias, lo cual, también ahora se afirma, tampoco aparece pactado en el contrato que dio origen a la relación de los enfrentados, pues no obra en aparte alguno del contrato que a partir de la edad de los sesenta y cinco años de algunos de los beneficiarios de la prestación del servicio médico prepagado contratado hubiera que cancelar alguna tarifa adicional diferente a la que se pactó en el citado contrato, lo cual obliga la mediación unisona de las voluntades de los contratantes, para que dicha medida, conforme se expuso en los antecedentes, tuviera la virtualidad y potestad de vincularlos, ya que si bien se trata de un contrato de adhesión, no se pierda de vista que el mismo, tiene la carga de preestablecer el cláusulado que integralmente lo regirá, y es a ello que quedan atados los contratantes, así mismo, que si se pretende insertar cualquiera tipo de modificación o adición, es solo entre ellas que corresponde hacerlo, expresando, sin dubitación alguna su expresa voluntad de modificación de los términos primigenios de la contratación, lo cual no se observa ocurrido en el presente caso, pues por el contrario, siempre medió, como se vio en los antecedentes, objeción o en términos generales inconformismo de la parte demandante a la citada modificación de cobro adicional de tarifa diferencial para las señoras beneficiarias que superan la edad de los sesenta y cinco años de edad, por cuánto, ya se dijo, no se observa en el cláusulado contractual precisión en ese sentido”.*

Se resalta además que esto constituye una confesión de la demandante en cuanto en el Contrato de Medicina Prepagada No. 011104268 celebrado por **MARÍA TERESA VÉLEZ** no se pactó el pago de ninguna tarifa diferencial por edad, con lo que deja sin piso jurídico lo que pretende derivar del hecho 5 del libelo introductorio de la demanda.

**Al hecho No. 9. No me consta.** Me atengo a lo que se pruebe en proceso.

**Al hecho No. 10. Es cierto y se complementa.** En el año de 1998 la Señora

**MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** presentó también queja ante la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** por la modificación unilateral de las tarifas del contrato de medicina prepagada para mayores de 65 años, en donde en acumulación de quejas similares originó investigación administrativa que concluyó en la imposición de sanción a **HUMANA S.A.**, empresa de medicina prepagada mediante Resolución No. 1674 de 1998 por 1600 smlmv.

**Al hecho No. 11. Es cierto:** No obstante, no puede perderse de vista que esa decisión fue revocada y la argumentación a la que hace referencia el hecho fue objeto de pronunciamiento expreso y desestimado por parte del juez de segunda instancia conforme se hizo referencia en la contestación del hecho octavo.

**Al hecho No. 12. Es cierto y se complementa.** Tal y como se expuso en la respuesta al hecho octavo, el Juez Sexto Civil del Circuito de Bogotá consideró que no hubo modificación de tarifas por grupo etario en el contrato de medicina prepagada celebrado entre **HUMANA S.A.** y **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO**, lo que coincide y se confirma con una conducta contractual siempre en abierta oposición al cobro de la tarifa diferencial para mayores de 65 años, siendo importante incluir esta precisión en el relato del hecho.

**Al hecho No. 13. Es cierto y se complementa.** Se insiste en que no fue simplemente una consideración de incumplimiento contractual, en dicha decisión se valoró, tanto los documentos que **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** insistentemente pretende hacer ver como una supuesta modificación al contrato y presunta fuente de la obligación del pago de una tarifa diferencial para mayores de 65 años. Allí también fue valorada la conducta que las partes asumieron a partir de la renovación del contrato en el año 2000, para concluir que no existió modificación tarifaria alguna.

**Al hecho No. 14. Es cierto.** Con dicha solicitud, la aquí demandante vencida en ese juicio logró que le liquidaran la condena.

**Al hecho No. 15. No es cierto.** Lo que ha persistido es la conducta tozuda e incumplida de la Ley y del Contrato de Medicina Prepagada No. 011104268 por parte de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, lo que debe conducir a que en este proceso le sean impuestas las más severas condenas.

De esta manera, resulta forzoso concluir que **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** acude a tecnicismos caprichosos y dolosos para apartarse de un fallo judicial en firme que hace tránsito a cosa juzgada.

La facultad de cobrar una u otra tarifa tiene origen contractual bien sea a través del pacto inicial o sus modificaciones. Así, **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** argumenta que hubo pacto de inclusión de tarifas a través de modificación al contrato – el presunto pacto modificatorio del contrato suscrito para la vigencia del año 2000- pero claro es, que dicho documento, como la conducta de las partes fue objeto de análisis y pronunciamiento expreso por parte del Juez Sexto Civil del Circuito de Bogotá, quien concluyó la ineptitud de aquel documento para producir efecto jurídico alguno. En otras palabras, sin fuente, sin nacimiento de la obligación, esta no puede exigirse.

**Al hecho No. 16. Es cierto y se complementa.** La expedición de facturas por parte de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** es el más claro y vergonzoso desacato a la decisión judicial en firme que venía de proferirse, y en la que se declaró que el Contrato de Medicina Prepagada No. 011104268 celebrado el día 29 de febrero de 1992 no incluyó entre las condiciones pactadas por las partes el cobro de una tarifa diferencial por edad respecto de las señoras **CAROLINA JARAMILLO DE CHEMÁS Y NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA** ni por ningún otro beneficiario.

Como consecuencia de lo anterior, se determinó que la hoy demandante desbordó los parámetros del contrato de medicina prepagada No. 01-1-1-04268-0000 celebrado en 1992, al cobrar por las vigencias 2003-2004, 2004-2005, 2005- 2006, 2006 -2007 y 2007- 2008 contra la expresa voluntad de la hoy demandada una tarifa diferencial por edad de las señoras **CAROLINA JARAMILLO DE CHEMAS Y NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA**, sin acuerdo bilateral de los contratantes.

**Al hecho No. 17. No es cierto.** Me atengo a lo que pruebe la actora. Preciso que no se tratan de renovaciones del Contrato de Medicina Prepagada sino del ajuste tarifario por cambio de anualidad, lo que es distinto.

**Al hecho No. 18. Es parcialmente cierto.** Es cierto en cuanto señala que la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** radicó con ocasión de cada cambio de anualidad diferentes comunicaciones manifestando su inconformidad por el cobro de la tarifa diferencial.

En cuanto a las respuestas de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, me atengo al contenido de las comunicaciones que pruebe la actora haber enviado.

**Al hecho No. 19. Es parcialmente cierto.**

**Es cierto** en cuanto al envío de la factura.

**No es cierto en cuanto a** que existieran o existan saldos o pagos pendientes e intereses sobre cualquier saldo. Precisamente, hubo rechazo de la factura en el término de ley, tal como lo reconoce la demandante en el hecho siguiente.

**Al hecho No. 20. Es cierto.**

**Al hecho No. 21. No es cierto como se expresa y se aclara.**

**Es cierto** en cuanto **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** cambió la factura inicialmente presentada para la anualidad 2017-2018 por una nueva factura, ésta última por un valor muy inferior -en tanto eliminó el cobro de los supuestos saldos y la ilusoria cuantía por intereses-.

Con tal modificación queda al descubierto la conducta de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** quién NUNCA ha exhibido certeza respecto de los derechos que reclama o cobra.

La factura re expedida GP 2994 no contenía un detalle de lo cobrado, no obstante, sólo se procedió al pago de lo contractualmente pactado.

Lo señalado en este hecho demuestra que **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** estaba y continúa cobrando lo no debido.

**Al hecho No. 22. Es cierto.**

**Al hecho No. 23. Entremezcla varios hechos,** por lo que se aclara:

**Es cierto** en cuanto a las amenazas lanzadas por **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** y que la factura GP2994 sí tenía un error de liquidación.

**No es cierto en cuanto a** la supuesta devolución de dineros, que en la realidad nunca efectuó esa empresa de medicina prepagada.

**Al hecho No. 24. Es cierto.** Se observa cómo la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** siempre mantuvo y mantiene una posición consistente y coherente con el Contrato, la Ley, las declaraciones de la sentencia proferida por el Juzgado 6 Civil del Circuito y las sanciones impuestas a **HUMANA S.A.** por la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**. Por cuanto, como ha sido su

derecho ampliamente declarado judicial y administrativamente, procede con los pagos del plan de medicina prepagada ofertado, contratado y que no se ha modificado, rechazando tarifas diferenciales por edad.

**Al hecho No. 25. Es parcialmente cierto.** Se aclara, que cuando en este hecho se hace mención a la solicitud de la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** respecto de la no aplicación de la tarifa, se refiere a la tarifa diferencial por edad.

**Al hecho No. 26. No me consta,** deberá probarse.

**Al hecho No. 27. Son dos hechos:**

**Es cierto** que la señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** presentó una comunicación a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en marzo 22 de 2018 en la que señaló que no había recibido la factura y que por tal razón había tenido que acudir a las oficinas de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** a reclamar una copia de esta.

**Es cierto** que se rechazó la factura CM6295671 posterior a su reclamo en las oficinas de la demandante. El rechazo de la factura se sustenta en el cobro de supuestos saldos pendientes y en la inclusión de una tarifa por grupo etario no pactada en el contrato por la beneficiaria **NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA.**

**Al hecho No. 28. Es cierto.** Nótese como **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** inicia maniobras que lesionan derechos fundamentales y personalísimos surgidos en el contrato, ejerciendo conductas amenazadoras, dominantes a partir de un contenido falso y de mala fe, como es sugerir que el cobro de una tarifa diferencial por grupo etario es de carácter legal y “*de obligatorio cumplimiento*” cuando no existe la obligación para la empresa de medicina prepagada de cobrar tarifas diferenciales por grupo etario, todo lo contrario, lo que existe es prohibición conforme al Decreto 1570 de 1993, Decreto 1486 de 1994, e incluso normas del derecho del consumidor y las leyes civiles para cobrar tarifas no pactadas en el contrato, textos normativos que han sido el sustento de las decisiones de sanción en procesos administrativos, decisiones judiciales que **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** pretende desconocer.

Téngase como confesión lo dicho de la conducta incumplidora y amedrentadora de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA** - en este caso.

**Al hecho No. 29. Es cierto.** Como se ha dicho, la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** siempre ha mantenido una posición consistente y coherente con el

Contrato, la Ley, las declaraciones de la sentencia proferida por el Juzgado Sexto Civil del Circuito y las sanciones impuestas en su momento a **HUMANA S.A.** por la Superintendencia Nacional de Salud, en cuanto es su derecho que se respeten las condiciones contractuales pactadas, manifestándose contra el abuso de la empresa de medicina prepagada que ha pretendido imponer una tarifa diferencial por grupo etario que nunca advirtió.

**Al hecho No. 30. Es parcialmente cierto y se aclara.**

**Es cierta** la emisión del comunicado del día 5 de julio.

**No es cierto** el contenido tergiversado que en dicha misiva se expuso frente a la legalidad del cobro de un diferencial tarifario por grupo etario según el Decreto 1570 de 1993 para el contrato que aquí vincula a las partes.

Resulta pasmosa la desfachatez como la demandante admite su incumplimiento a la ley, al Contrato, las declaraciones de la sentencia proferida por el Juzgado 6 Civil del Circuito y las sanciones impuestas a **HUMANA** hoy **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** por la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.**

**Al hecho No. 31. Es cierto** en toda comprensión.

**Al hecho No. 32. El hecho alude a múltiples cuestiones sobre la misiva, por lo que debemos aclarar y puntualizar:**

- a. La sentencia proferida por del Juzgado 6 Civil del Circuito de Bogotá el 6 de marzo de 2014 no contiene ninguna orden que impida a COLMEDICA realizar cobros de tarifas diferenciales en el contrato No. 01-1-1-04268-0000.*

**No es cierto:** Claro que existe decisión judicial que impide el cobro de tarifas diferenciales en el contrato, con efecto de cosa juzgada:

(i) Se declaró que el Contrato de Medicina Prepagada No. 011104268 no incluyó entre las condiciones pactadas por las partes el cobro de una tarifa diferencial por edad con respecto a las señoras **CAROLINA JARAMILLO DE CHEMÁS y NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA** ni por ningún otro beneficiario. De otra forma no podría haber ordenado la devolución de lo pagado de más por la aquí demandante **MARIA TERESA VÉLEZ GIRALDO**

(ii) Se determinó como consecuencia que la parte demandada incurrió en incumplimiento al desbordar los parámetros del contrato de Medicina Prepagada No. 01-1-1-04268-0000 celebrado en 1992, al cobrar por las vigencias 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006,2007 y 2007-2008 contra la expresa voluntad de la demandante, una tarifa diferencial por edad de las señoras **CAROLINA JARAMILLO DE CHEMÁS y NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA**, sin acuerdo bilateral de los contratantes.

*b. Reiteró la solicitud de pago total de la factura de venta No. CM 6295671.*

**Es cierto:** Con lo que COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A. reafirma su absoluto desprecio por los Contratos, por la Ley, por la Justicia y por las autoridades administrativas.

*c. Insistió en que el pago parcial realizado por la señora MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO no extingue la obligación y la coloca en situación de incumplimiento contractual.*

**Es parcialmente cierto: Cierto** en cuanto que la misiva contenía dicha afirmación, lo que además es una prueba incontrovertible de lo poco o nada que a COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A. le importan los derechos de sus usuarios.

*d. Se reiteró que la situación de incumplimiento faculta a COLMEDICA para suspender la prestación de los servicios a su cargo.*

**Es cierto:** Nótese que la misiva contenía tal amenaza. Con lo que reafirma su conducta amenazante, dominante, unilateral y vulneradora de la Ley y su desprecio por el Contrato.

**Al hecho No. 33. Es cierto.**

**Al hecho No. 34. El hecho se alude a múltiples cuestiones sobre la misiva, por lo que debemos aclarar y puntualizar:**

**Es cierto:** En cuanto al envío de la comunicación.

*e. La procedencia del cobro de la tarifa diferencial por edad.*

**No es cierto:** No estando pactado en el acuerdo de voluntades, como no lo está, no resulta procedente dicho cobro como se lo han dicho y repetido las autoridades administrativas y judiciales a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

*f. La inexistencia de orden judicial que prohíba el cobro de dicha tarifa.*

**No es cierto:** La situación es la misma de cuando el fallo determinó que la parte demandada desbordó los parámetros del contrato de Medicina Prepagada No. 01-1-1-04268-0000 celebrado en 1992, al cobrar por las vigencias 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007 y 2007-2008 contra la expresa voluntad de la demandante, una tarifa diferencial por edad de las señoras **CAROLINA JARAMILLO DE CHEMAS y NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA**, sin acuerdo bilateral de los contratantes. Por consiguiente, no habiendo variado nada entre dicho fallo y la fecha actual, la decisión judicial que olímpicamente desconoce **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** tiene efectos de cosa juzgada, manteniendo plena validez y eficacia.

*g. El cumplimiento de COLMEDICA a sus obligaciones contractuales, pese al incumplimiento del contrato por parte de la señora MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO por el no pago total de la tarifa fijada para el contrato.*

**No es cierto:** Que **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** hubiese incumplido el Contrato o la ley.

**Al hecho No. 35. Es cierto.**

**Al hecho No. 36. No es cierto como se expresa.** Es cierto en cuanto al envío de la misiva y a la expedición de una factura con conceptos no aplicables al contrato.

**No es cierto** la existencia de un saldo pendiente ni mucho menos alguna clase de mora. La factura fue oportuna y debidamente rechazada por la demandada.

A los incumplimientos anteriormente reseñados, **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** suma otro, consistente en no respetar las disposiciones legales que prohíben la usura.

**Al hecho No. 37. Es cierto,** aunque el hecho está confusamente redactado. Se aclara que mediante la comunicación del día 28 de febrero de 2019 la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** rechazó la factura No. M152722 por cuanto

incluía, sin fundamento contractual una tarifa diferencial por edad por la beneficiaria **NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA**, además de incluir saldos inexistentes por vigencias anteriores y, en consecuencia, tampoco existe causa alguna para intereses de mora, cobros, todos estos que contravenían ordenes administrativas y judiciales.

**Al hecho No. 38. Es cierto.**

**Al hecho No. 39. Es cierto.**

**Al hecho No. 40. No es cierto, como se expresa.** El contrato sigue en ejecución, no existe comunicación de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** distinta a esta demanda sobre su decisión de no prorrogar el contrato. Precisamente la terminación es lo que se pretende mediante las resultas de este proceso, lo cual no puede afirmar que decidió terminar el contrato de manera unilateral, pues la terminación en dichos términos, sin incumplimiento de la usuaria contratante, es una conducta prohibida en nuestro ordenamiento tal como se señala en el Decreto artículo 15. numeral 8 del Decreto 1570 de 1993, modificado por el Decreto 1486 de 1994.

Así, **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** incurre en otra violación del Contrato, de la Ley y de las decisiones administrativas y judiciales proferidas.

**Es cierto**, en cuanto se está prestando el servicio. Nótese, que tal manifestación es una verdadera confesión de la demandante, de la no existencia de incumplimiento que le permita la terminación unilateral del contrato de aseguramiento en salud bajo la modalidad de pre pago, así como el contrato de medicina prepagada es garantía del derecho a la salud,

No hay generosidad en ello. Es una muestra más de su veleidosa conducta frente al contrato, que bien sabe que legalmente no le está permitido terminar. Pretende a través de una acción judicial, -dicho sea de paso con unas confusas pretensiones- enrostrar lo que sea al contratante demandado para defraudar una relación contractual de 29 años, en donde al momento de su celebración el profesional del aseguramiento faltó a sus deberes de diligencia, cuidado, pero ante todo a sus carga de información, claridad, publicidad y lealtad contractual para con sus usuarios, al callar los supuestos ajustes tarifarios para una población vulnerable como lo son los usuarios mayores de 65 años.

**Al hecho No. 41. Es cierto.** No obstante, vale resaltar como lo refiere la demandante, que tal requisito se surtió por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** únicamente con el ánimo de agotar requisito de procedibilidad como se infiere

de sus pretensiones.

**Al hecho No. 42. Es cierto.**

**Al hecho No. 43. Es parcialmente cierto**, en cuanto a la fecha de entrega. La fecha de envío me atengo a lo que se acredite en el proceso.

**Al hecho No. 44. Es cierto**, en cuanto al envío a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** de la comunicación por parte de mi poderdante y lo es también respecto de la reiteración, consistente y congruente, apegada a la ley y al contrato de la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO**.

**Al hecho No. 45. No es cierto**, deberá probarse.

**Al hecho No. 46. Es cierto.** En cuanto al envío de la comunicación del 3 de marzo de 2020. A las demás falacias referidas en el escrito, se presenta oposición como en extenso se ha dicho en esta contestación.

**Al hecho No. 47. Es parcialmente cierto y se aclara.**

**Es cierto** que el 25 de junio se rechazó la factura de venta 1796626, por ser improcedente el cobro de tarifas diferenciales.

**No es cierto** que el pago de \$15.149.147, sea una suma por apreciación de la demandada, son las tarifas pactadas en el contrato y las que surgen del valor de cada usuario según el año de vigencia.

**Al hecho No. 48. Se aclara:**

**No le consta a mi representada** el envío de tal comunicación, deberá probarse.

**No es cierto** ninguno de los argumentos falaces de la referida comunicación y los que tautológicamente se refiere el demandante hecho tras hecho.

Frente a esas manifestaciones existe suficiente oposición en los mismos hechos y a todo argumento que se exponen a lo largo del escrito de contestación.

### III. EXCEPCIONES DE MÉRITO

#### ANTECEDENTES

**El contrato de prestación de servicios de salud bajo la modalidad de prepago pertenece al régimen de contratación civil con principios de interpretación del Sistema de Seguridad Social en Salud**

#### ***Del contrato de Medicina Prepagada y sus reglas civiles***

El contrato de medicina prepagada encuentra su primer marco normativo en la contratación entre particulares bajo la reglas de la codificación civil, con un amplio margen de configuración bajo la máxima según la cual, todo contrato legalmente celebrado es una “ley” para las partes, sin más restricciones que las aplicables a la autonomía privada, lo que supone su armonía con las disposiciones y reglas del sistema jurídico, en donde su transformación o modificación sólo es posible a través del “consentimiento mutuo o por causas legales”<sup>1</sup>

Ello quiere decir que en su concepción inicial es un contrato sometido al régimen privado de contratación, clasificándose como bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva con derechos y deberes contractuales que parten del principio de la buena fe y de la seguridad jurídica, principios estos que se destacan ante el carácter de adhesión a los términos pre establecidos por las empresas administradoras de este tipo de planes de salud.

No obstante el legislador, a partir de la Ley 10 de 1990, “*por medio de la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*”, antes de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993, ordenó reglamentar la actividad de medicinas prepagadas, autorizando la prestación del servicio de salud mediante dicha modalidad dentro de un esquema de contratación particular y voluntario, bajo la intervención del Estado al interpretarlo como un servicio privado, pero de interés público siendo necesario establecer su organización y funcionamiento.

Es así como la autonomía privada en este tipo de contrataciones empieza a tener límites a partir del Decreto 800 de 1992 el que es expedido en desarrollo de la Ley 10 de 1990 buscando articular en el Sistema de Salud a todos los actores del aseguramiento, entre estos a las empresas de Medicina Prepagada, por ello, se encuentra allí el primer referente regulatorio que fijó estándares para dichas empresas, en temas como los criterios respecto de *su autorización para funcionamiento*, la constitución patrimonial en búsqueda de la solidez y confianza

---

<sup>1</sup> Código Civil Colombiano ARTICULO 1602. *Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales.*

para el sector salud, el mercado, así como una regulación marco de los contratos con sus usuarios, entre otros aspectos.

En ese contexto, en mayo 21 de 1992 se expide el Decreto 800, el que introduciría las primeras reglas sobre los requisitos mínimos que deben cumplir las empresas que promuevan planes de medicina prepagada, y en lo que aquí interesa, son las reglas aplicables a los contratos con usuarios, introduciendo normas con condiciones mínimas y uniformes frente a los contenidos de dichos acuerdos, en donde se resalta **(i) la aplicación de principios de la contratación entre particulares, (ii) la claridad en la redacción de los contratos, (iii) la expresa exigencia que toda modificación al contrato debe hacerse de común acuerdo entre las partes, así como (iv) introduce principios en materias de tarifas con la inclusión de **reglas generales de cara a los ajustes tarifarios a la renovación del contrato**, señalando que, en ningún caso, la modificación de la tarifa puede implicar exclusiones discriminadas por individuo, familia o grupo determinado<sup>2</sup>.**

El Decreto 800 de 1992 fue rápidamente reemplazado por el también Decreto 1570 del 12 de agosto de 1993, un texto normativo que se dirige a regular con mayor detalle los diferentes ámbitos de la actividad de las empresas de medicina prepagada, también en el marco del sistema público de salud, regulado por la ley 10 de 1990, tales como márgenes solvencia, la autorización previa de planes y programas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, los contratos con agentes comerciales y otros vinculados. **Se introduce un aparte destinado a considerar factores para el establecimiento de las tarifas, se destacan normas**

---

<sup>2</sup> Decreto 806 de 1992 ARTICULO 16. Requisitos de los contratos. Los contratos que suscriban las Empresas de Medicina Prepagada deberán ajustarse a las siguientes exigencias.

1. Su contenido debe ajustarse a las prescripciones del presente Decreto y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos. Para la determinación de las causales de nulidad absoluta y relativa, se observarán las disposiciones vigentes sobre la materia aplicables a la contratación entre particulares.

2. Su redacción debe ser clara, en idioma castellano, para facilitar su comprensión por parte de contratantes, y usuarios.

3. El contrato debe contener mención expresa sobre su vigencia, el precio acordado, su forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad de aquél.

4. Serán anexos obligatorios de cada contrato, la solicitud del contratante y las declaraciones del estado de salud de los usuarios.

5. El contrato debe llevar la firma de las partes contratantes.

6 De cada contrato suscrito debe quedar copia para la empresa y el contratante.

7. Cualquier modificación a un contrato vigente deberá realizarse de común acuerdo entre las partes.

ARTÍCULO 17. Condiciones de renovación de los contratos. Los contratos de Servicios de Medicina Prepagada, podrán ser renovados por las partes contratantes. Para tal efecto, las empresas avisarán con por lo menos un (1) mes de anticipación las nuevas tarifas que regirán dichos contratos.

Parágrafo. El reajuste de tarifas en ningún caso podrá implicar exclusiones discriminadas por individuo, familia o grupo determinado.

**de protección contractual hacia el usuario**, amplía las condiciones mínimas de los contratos de planes de medicina prepagada, imponiendo deberes calificados de conducta a las empresas y sus agentes comerciales.

Se destaca entonces en este Decreto la recopilación de reglas ya señaladas en la norma anterior, manteniendo la exigencia que toda modificación al contrato debe realizarse de común acuerdo entre las partes y conteniendo una norma de ultraactividad frente al contenido de contratos:

*ARTICULO 30. AJUSTE DE CONTRATOS. Con el fin de adecuar los contratos a lo previsto en el presente Decreto, las relaciones contractuales vigentes a la fecha de su promulgación, se entenderán modificados en lo pertinente por esta regulación.*

Posteriormente con la expedición del Decreto 1486 de 1994 en el marco de la ley 100 de 1993, se introdujeron modificaciones al Decreto 1570 de 1993 y en lo que respecta a los contratos entre usuarios y empresas de medicina prepagada, reiteró entre otras, (i) la imposibilidad de modificación unilateral del contrato, (ii) introdujo una regla de invalidez de todo pacto dirigido a la renuncia de los derechos del usuario establecidos en los planes adquiridos, así como establece la expresa prohibición de imponer modificaciones al régimen acordado respecto de preexistencias, exclusiones o el traslado de programas como requisitos para la renovación de los contratos<sup>3</sup>. Precisamente sobre ese punto se establece una norma que obliga a las **empresas de medicina prepagada a la renovación del contrato siempre que no medie incumplimiento del usuario, como claro se contiene en su artículo 8:**

*“Artículo 8°. El numeral 2° del artículo 15 del Decreto 1570 de 1993, quedará así:*

---

*3 Decreto 1486 de 1994 ARTÍCULO 7°. Los numerales 3°, 4° y 7° del numeral 1° del artículo 15 del Decreto 1570 de 1993, Contratos con los usuarios Requisitos Mínimos, quedará así:*

*"3. El contrato debe contener mención expresa sobre su vigencia que no podrá ser inferior a un (1) año, el precio acordado su forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad de aquél".*

*"4. Serán anexos obligatorios de cada contrato, la solicitud del contratante, las declaraciones del estado de salud de los usuarios las tarifas vigentes y los directorios médicos de las ciudades donde se prestarán servicios".*

*"7. Cualquier modificación a un contrato vigente deberá realizarse de común acuerdo entre las partes. No se entenderán como válidas las estipulaciones encaminadas a lograr la renuncia del usuario a derechos que se derivan o pueden llegar a derivarse del programa a través de exclusiones o preexistencias que no estaban previstas en el programa original a menos que se trate de un cambio de programa, aceptado voluntariamente por el usuario. Tampoco podrá ser condición impuesta al usuario para renovar sus contratos, el que acepte modificaciones al régimen que inicialmente acordó en materia de preexistencias o exclusiones o el que se traslade a un determinado programa,".*

"2. Renovación. Las entidades, dependencias o programas *deberán renovar los contratos a los usuarios a menos que medie incumplimiento de éstos*". (subrayas propias)

Tanto las disposiciones contenidas en el Decreto 1570 de 1993, modificado por el Decreto 1486 de 1994 se encuentran hoy vigentes y se contienen a partir del título IV artículos 2.2.4.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud. que a su vez responde a los marcos legales de la Ley 100 de 1993 modificado en lo pertinente por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, ubicando a las empresas de medicina prepagada en el ámbito de los **Planes Adicionales en Salud**, categoría perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En síntesis, se puede afirmar que las codificaciones actuales, han recopilado elementos que pueden catalogarse como de la naturaleza<sup>4</sup> del contrato civil de las empresas de medicina prepagada para con sus usuarios, tales como:

- Son contratos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues su objeto de tutela jurídica es la confianza de los usuarios en el acceso a un aseguramiento en salud.
- Su régimen es privado y particular de contratación.
- La responsabilidad del acceso es en principio a través del prepago que corresponde a cada afiliado.
- El precio es previamente acordado.
- Existe la imposibilidad de interpretación y modificación unilateral.
- Todo elemento del contrato no puede ser cambiado sino con el previo y mutuo acuerdo de las partes.
- Es un servicio privado, pero de interés público.
- Los planes de beneficios y coberturas son previamente definidos y deben

---

<sup>4</sup> Código Civil Colombiano ARTICULO 1501. *Se distinguen en cada contrato las cosas que son de su esencia, las que son de su naturaleza, y las puramente accidentales. Son de la esencia de un contrato aquellas cosas sin las cuales, o no produce efecto alguno, o degeneran en otro contrato diferente; son de la naturaleza de un contrato las que no siendo esenciales en él, se entienden pertenecerle, sin necesidad de una cláusula especial; y son accidentales a un contrato aquellas que ni esencial ni naturalmente le pertenecen, y que se le agregan por medio de cláusulas especiales.*

estar aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud.

- Toda actividad de las empresas de medicina prepagada está sujeta a la inspección y vigilancia del Estado.
- Las empresas que ofrezcan este tipo de planes tienen deberes calificados de conducta o de mayor exigencia frente a los deberes de información y claridad para con sus usuarios sobre todo al momento de contratar.
- Existe imposibilidad de terminar el contrato por parte de la empresa de medicina prepagada si no hay incumplimiento del usuario.

### **La actividad de Medicina Prepagada como parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y de la protección al derecho fundamental a la salud.**

No debe caber la menor duda al interprete que a los contratos de Medicina Prepagada le son aplicables los principios y reglas que gobiernan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Esta afirmación encuentra fundamentos indiscutibles; primero en la ley, pues así se dispuso desde los primeros referentes normativos en el año 1990; y el segundo, el que al ser un contrato cuya tutela jurídica es la prestación del servicio de salud, derecho ya no considerado como prestacional, sino como fundamental que integra entonces los principios propios del derecho a la salud.<sup>5</sup>

### **El contrato de Medicina Prepagada en el contexto de la Seguridad Social en Salud.**

Basta observar que a través de la ley 10 de 1990, cuando se organiza el Sistema Nacional de Salud, en donde se buscaba una respuesta a la necesidad estatal de coordinar e integrar diferentes esfuerzos asistenciales de todos aquellos

---

<sup>5</sup> Corte Constitucional Colombiana Sentencia T 560- 2017 al respecto del derecho a la Salud *Posteriormente, este Tribunal consideró que el derecho a la salud es de rango fundamental y autónomo, y que debe ser garantizado a todos los sujetos. Específicamente, en Sentencia T-760 de 2008 la Corte recogió la jurisprudencia sobre la materia y concluyó “que la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos. No hacerlo conduce a que se presenta un déficit de protección constitucionalmente inadmisibile. “(...) el derecho a la salud es, autónomamente, un derecho fundamental y que, en esa medida, la garantía de protección debe partir de las políticas estatales, de conformidad con la disponibilidad de los recursos destinados a su cobertura.” Esta decisión se adoptó considerando la estrecha relación entre la salud y el concepto de la ‘dignidad humana’, “(...) elemento fundante del estado social de derecho que impone a las autoridades y a los particulares el trato a la persona conforme con su humana condición”’.*

intervinientes en la prestación de servicio de salud, se involucró a las empresas de medicina prepagada. Por ello, en desarrollo de esta ley surgen las reglamentaciones del servicio de salud bajo la modalidad de pre pago, las empresas que pueden prestarlo, los servicios que ofrecen y la forma de fijar las tarifas que cobran<sup>6</sup>. Actividad interventora estatal reglamentaria que se concretó en los ya señalados Decretos 800 de 1992, modificado por el 1570 de 1993.

Para el momento en que se expide el Decreto 1486 de 1994 (modificatorio del Decreto 1570 de 1993) se hace con respaldo normativo en el Estatuto Orgánico de la Seguridad Social -Decreto 1298 de 1994- el que se expide por mandato de la Ley 100 de 1993, la que configuró en gran parte el Sistema de Salud como lo conocemos hoy.

Posteriormente el Decreto 806 de 1998 es también expedido en el seno de las normas de seguridad social y *“Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”*, norma que da el marco reglamentario de las medicinas prepagadas, definiendo estas como *“planes adicionales en salud”* (PAS) que pueden ser ofrecidos entre otros por las compañías de medicina prepagada, recopilando las reglas de los Decretos expedidos desde el año 93.

Serán los planes adicionales en salud materia de la ley 1438 de 2011, elevando a rango legal lo que había estado reglamentado en el Decreto 806 de 1998, es decir, estableciendo los diversos planes adicionales en salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud en una ley que tiene por objeto, precisamente el fortalecimiento del servicio de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>7</sup>

Actualmente el Decreto 806 de 1998 se encuentra vigente y compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud, 780 de 2015. Lo que debe guiar al interprete

---

<sup>6</sup> *LEY 10 de 1990 Artículo 1 literal k) Dictar normas sobre la organización y funcionamiento de los servicios de medicina prepagada, cualquiera sea su modalidad, especialmente sobre su régimen tarifario y las normas de calidad de los servicios, así como en relación con el otorgamiento del mismo tipo de servicios, por las instituciones de seguridad y previsión social, cuya inspección, vigilancia y control estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.*

<sup>7</sup> *Ley 1438 de 2011 Artículo 1. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.*

a disipar toda duda acerca de la pertenencia de las medicinas prepagadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, punto de crucial importancia, pues estas empresas y sus contratos al ser parte de dicho Sistema, solo podrían interpretarse de manera sistemática con lo pactado en los contratos, sus reglas vía Decreto, pero además con los principios de la Seguridad Social en Salud, cuya fuente es constitucional pero codificada en la ley estatutaria de salud.

### **De la aplicación de principios del derecho fundamental a la salud al contrato de medicina prepagada.**

La constitucionalización del derecho prestacional a la salud, ampliamente interpretado por la Corte Constitucional Colombiana en sede de tutela de conformidad con el artículo 49 constitucional, se elevó allí al rango de derecho fundamental, jurisprudencia que a través de los años se asienta en normas de carácter legal, integrándose esta concepción *ius fundamentalista* de la asistencia en salud en nuestro sistema jurídico.

Precisamente a partir de la sentencia T-760 de 2008, el derecho fundamental a la salud se entiende como un derecho autónomo, que se concreta a través del acceso efectivo al plan de salud contratado, que garantice no solo el tratamiento de la enfermedad, sino la promoción de la salud, al acceso a las ayudas diagnósticas, al diagnóstico de la enfermedad, a la realización de las terapéuticas indicadas y a la rehabilitación.

La garantía del derecho fundamental a la salud, trasciende los límites de un conjunto de asistencias y va más allá de la integral prestación de la que tratan leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015 Ley Estatutaria de la Salud,<sup>8</sup> para que en estos mismos textos se incorporen una serie de principios orientados a permear toda relación jurídica en garantía de la protección al usuario, garantía *per se*, útil a usuarios e intérpretes, para que en caso de conflicto entre normas, pactos contractuales oscuros, ambiguos o ante cualquier situación que pueda ver afectado el acceso al derecho a la salud puedan hacer uso de la pautas de interpretación favorable al usuario.

---

<sup>8</sup> Ley 1751 ARTÍCULO 2o. *NATURALEZA Y CONTENIDO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.*

Así, son principios propios de la Seguridad Social en Salud, y en especial del derecho a la salud, la universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, progresividad, **protección e interpretación favorable al usuario**, que son posibles exigir a todo usuario y de **todo actor del sistema de salud**.<sup>9</sup>

### **Síntesis**

En conclusión, puede afirmarse que existe un método o forma de interpretar el contrato de medicina prepagada, y este es sistemático, acudiendo a las (i) normas de contratación civil de conformidad con los requisitos para su validez, existencia, elementos de la esencia y naturaleza en alteridad con principios generales de los contratos como la buena fe contractual y sus los derivados deberes de conducta, información, claridad y lealtad alinierados en cumplimiento y apego a (ii) las disposiciones de los Decretos 1570 de 1993 y 1486 de 1994 que disciplinan este tipo de relaciones jurídicas.

Así, cuando el pacto contractual y su interpretación conforme a la reglamentación ofrezca duda **siempre habrá de interpretarse a favor del usuario**, en ejercicio de una garantía constitucional estatuida como un principio de la Seguridad Social en Salud en protección del derecho a la Salud, constituyéndose en la más cara protección de la parte débil del contrato ante la innegable fuerza de la empresa aseguradora y la fragilidad del usuario frente a su derecho a la salud.

Tal como lo ha reiterado la Corte Constitucional y en específico en la sentencia T - 560 de 2017:

*“En conclusión, los servicios, tarifas y ejecución del plan adicional de medicina prepagada dependerán de los términos del contrato, siempre vistos conforme al principio de buena fe contractual, de protección del usuario como parte débil del contrato, y del derecho a la salud, que tienen especial importancia por los fines que tiene la medicina prepagada en el marco del Sistema General de Seguridad Social. No puede ignorarse que la libre voluntad de las partes, en estos contratos, se limita por lo establecido en el ordenamiento jurídico, principalmente, por lo estipulados en los diversos fundamentos constitucionales que legitiman al Estado para intervenir en los contratos de medicina prepagada, así como en los valores, principios y derechos constitucionales del ordenamiento jurídico que por ser fundamentales prevalecen en el orden interno.”*

No debe perderse de vista que el cambio de las condiciones contractuales sin el

---

<sup>9</sup> Ley 1751 de 2015, ARTÍCULO 3o. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

mutuo acuerdo, la negativa de atención, la interpretación unilateral, la modificación de tarifas de forma unilateral o peor aún de repeler el aseguramiento en salud, de quienes en confianza legítima han abonado durante periodos importantes de sus vidas a una empresa con la confianza de estar cultivando en la edad productiva y sana, un plan de salud, que los cobijará de manera razonable en la edad madura por las enfermedades que surjan precisamente en vigencia de dichos planes, desborda el interés económico del contrato para ocasionar una lesión al derecho fundamental al acceso a servicios y tratamientos médicos bajo un esquema como el de pre pago que justamente se caracteriza por ser un aseguramiento en salud con periodos y coberturas mejoradas en el largo plazo.

Dicho de otra manera, sin tal régimen de protección, un usuario podría verse abocado a desmejoras permanentes de sus coberturas o más grave aún, sí la libertad de no contratar de la empresa aseguradora fuese caprichosa y arbitraria, pudiendo terminar o revocar unilateralmente el contrato de aseguramiento sin una verdadera causa, la enfermedad consolidada en el periodo de aseguramiento terminado quedaría sin posibilidad de ser cubierta, pues los demás aseguradores del mercado la declararían como pre existencia, lo que iría en desmedro de las condiciones de oportunidad, seguridad, libre elección y dignidad que los usuarios de medicina prepagada confiaron en un actor del sistema de salud al contratar en esta clase de planes.

### **3.1 COSA JUZGADA MATERIAL DERIVADA DE LA SENTENCIA DE 6 DE MARZO DE 2014 PROFERIDA POR EL JUEZ SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

La presente excepción tiene por objeto ponerle de presente al Señor Juez, la existencia de la renombrada sentencia del Juez Sexto Civil del Circuito de Bogotá del día 6 de marzo de 2014, por medio del cual se resolvió el proceso ordinario en segunda instancia instaurado en el año 2007 por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** y en favor de esta en contra de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

En la providencia que se identifica, el Juez Sexto Civil del Circuito de Bogotá encontró probado y declaró que **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** vulneró la ley y el contrato celebrado al hacer el cobro de una tarifa diferencial por edad por las beneficiarias **CAROLINA JARAMILLO DE CHEMÁS** y **NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA** que nunca estuvo, ni ha estado pactada en el contrato de medicina prepagada suscrito en el año 1992 y sobre la cual, jamás ha existido voluntad expresa o manifiesta de la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** frente a su aceptación.

Como fundamento de tal decisión, el Juzgado Sexto Civil del Circuito indicó lo siguiente:

*“Se dijo por la juez de instancia que no se encontró que la parte demandada estuviera efectuando cobros que no hubieran sido pactados por las partes, porque la demandante, con el hecho de haber efectuado dichos pagos había aceptado la carga impuesta por la sociedad demandada, esto es, la de los pagos de las tarifas diferenciales por la edad de las señoras citadas en el párrafo precedente, afirmación que faltó a la verdad procesal, pues en efecto, también está probado y hasta aceptado por la parte demandada que la demandante, si presentó en repetidas ocasiones su desacuerdo con el cobro de las citadas tarifas diferenciales por la edad de las beneficiarias, lo cual, también ahora se afirma, tampoco aparece pactado en el contrato que dio origen a la relación de los enfrentados, pues no obra en aparte alguno del contrato que a partir de la edad de los sesenta y cinco años de algunos de los beneficiarios de la prestación del servicio médico prepagado contratado hubiera que cancelar alguna tarifa adicional diferente a la que se pactó en el citado contrato, lo cual obliga la mediación unísona de las voluntades de los contratantes, para que dicha medida, conforme se expuso en los antecedentes, tuviera la virtualidad y potestad de vincularlos, **ya que si bien se trata de un contrato adhesión, no se pierda de vista que el mismo, tiene la carga de preestablecer el clausulado que íntegramente lo regirá, y es a ello que quedan atados los contratantes, así mismo, que si se pretende insertar cualquiera (sic) tipo de modificación o adición, es solo entre ellas que corresponde hacerlo, expresando, sin dubitación alguna su expresa voluntad de modificación de los términos primigenios de la contratación, lo cual no se observa ocurrido en el presente caso, pues por el contrario, siempre medió, como se vio en los antecedentes, objeción o en términos generales inconformismo de la parte demandante a la citada modificación de cobro adicional de tarifa diferencial para las señoras beneficiarias que superan la edad de los sesenta y cinco años de edad, por cuanto, ya se dijo no se observa en el clausulado contractual precisión en ese sentido.***

*Además de lo anterior, se precisa, si emerge a razonamiento positivo y de acogida, la afirmación sobre el temor que le producía a la demandante la eventual desprotección en atención médica con que amenazaba el extremo demandante a través de sus funcionarios si no se pagaban las tarifas adicionales exigidas, lo cual no produjo en la juez de instancia una razón verdadera que le obligara a efectuar los pagos a la demandante, a los cuales, acompañó en la mayoría de las veces su expresión de inconformismo como evidencia del desajuste contractual.*

**Conforme a lo expuesto, no medió la voluntad del extremo demandado para que el extremo demandante pudiera exigir el pago adicional de las vigencias 2003-2004, 2004-2005, 2005,2006 2006,2007 y 2007-2008 pues no hubo la expresa voluntad de la demandante, ya que cada vez que ejecutó dichos pagos, también acompañó a dichos pagos su manifiesto inconformismo por dicha exigencia, siendo así como, la tarifa diferencial por edad de las señoras beneficiarias CAROLINA JARAMILLO DE CHEMÁS y NIDIA VELÉZ DE**

**MONTOYA, se insiste, no contaron con el soporte del acuerdo bilateral de los contratantes.**

*A la anterior conclusión se llega luego de analizar toda la prueba documental aportada a los autos, aceptada por la sociedad demandada pues no obra tacha alguna de dichos documentos, y además, como bien se puede observar a folios 10,13, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 36 a 39, 40 a 44, 45 a 47, 51, 52, 53 y 55 a 74, entre otros, dichos documentos dicen de la contradicción planteada por la demandante frente a los citados cobros de tarifas adicionales, documentos que no produjeron inquietud en la valoración probatoria de la sentencia de primera instancia, pero que de suyo, contiene menciones de inconformismo que debieron ser contrastadas con el documento contractual base de la discusión, para determinar que, con toda seguridad, si contienen fundadas razones de oposición que dicen del rompimiento del acuerdo de voluntades a que se debe contraer cualesquiera modificación del primigenio clausulado del mismo, y se afirma, no existió vínculo de voluntad para la imposición de las pluricitadas tarifas diferenciales.*

***Analizadas toda la probanza una por una y en conjunto como lo exige la normatividad procesal civil, es incuestionable que la sociedad demandada, omitió el cumplimiento de obligaciones de carácter esencial de la contratación, como lo era encontrar el vínculo volitivo de su ahora contraparte, pues dicho vínculo de voluntad no emerge de las pruebas recaudadas para la efectividad del cobro de las citadas tarifas diferenciales, que por el contrario, sui (sic) tiene prueba fehaciente de oposición por parte del extremo aquí demandante, lo cual motiva suficientemente la necesidad de revocar la decisión de primera instancia para denegar las excepciones por no haberse probado los hechos en que se fundaron, y abrir paso a las pretensiones de la demanda”***

De esta forma, como consecuencia de dicha declaración, el Juez Sexto Civil del Circuito de Bogotá condenó a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** a devolver a la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** toda suma de dinero pagada por concepto del pago ilegal de dicha tarifa diferencial para las vigencias 2003-2004 a 2007-2008 del contrato, por cuanto **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** desbordó abiertamente los parámetros del contrato al cobrar por las vigencias mencionadas una tarifa diferencial por edad de las señoras **CAROLINA JARAMILLO DE CHEMÁS Y NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA** contra la expresa voluntad y sin la celebración de un acuerdo de carácter bilateral con la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** .

Existiendo tal precedente de cara a la imposibilidad del cobro de una tarifa diferencial por edad con ocasión del contrato celebrado, para el presente caso se observa la configuración de los presupuestos estructurales de la cosa juzgada de cara al cobro de la tarifa diferencial por edad para las vigencias 2008-2009 a 2017-2018 que exige **COLMEDICA MEDICINA**

**PREPAGADA S.A.** con este nuevo escrito de demanda, toda vez que el asunto sobre el cobro de tarifas diferenciales fue un t3pico que se resolvi3 en dicha providencia, la cual se encuentra debidamente ejecutoriada, sin que haya lugar nuevamente a discutir dos veces el mismo asunto.

De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, para que proceda la excepci3n de cosa juzgada<sup>10</sup> se hace necesario que se acrediten los siguientes elementos:

*“a.-)Que exista coincidencia de objeto entre los dos procesos.*

*b.-)Que se originen en igual causa.*

*c.-)Que las partes sean las mismas”<sup>11</sup>.*

Teniendo en cuenta los anteriores requisitos, se observa:

- i.) Que entre el fallo del Juez Sexto Civil del Circuito de Bogot3 del d3a 6 de marzo de 2014, y lo hoy pretendido por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en el presente proceso existe identidad de objeto, esto es, que se determine la procedencia o no del pago de unas tarifas diferenciales por edad o en mayores de 65 a3os para unas vigencias determinadas. Como se ha visto, la sentencia del Juez Sexto Civil del Circuito de Bogot3 fue clara en decir en no hab3a lugar al pago de estas sumas de dinero por no haberse pactado expresamente por las partes en el contrato.
- ii.) La identidad de la causa es la misma y tiene que ver con las discrepancias que surgen en raz3n del contrato de medicina prepagada celebrado entre las partes y en espec3fico por la tarifa diferencial para mayores de 65 a3os.

---

<sup>10</sup> *“La cosa juzgada es una instituci3n jur3dico procesal mediante la cual **se otorga a las decisiones plasmadas en una sentencia y en algunas otras providencias, el car3cter de inmutables, vinculantes y definitivas.** Los citados efectos se conciben por disposici3n expresa del ordenamiento jur3dico para **lograr la terminaci3n definitiva de controversias y alcanzar un estado de seguridad jur3dica.** De esta definici3n se derivan dos consecuencias importantes. En primer lugar, los efectos de la cosa juzgada se imponen por mandamiento constitucional o legal derivado de la voluntad del Estado, impidiendo al juez su libre determinaci3n, y en segundo lugar, el objeto de la cosa juzgada consiste en dotar de un valor definitivo e inmutable a las providencias que determine el ordenamiento jur3dico. **Es decir, se proh3be a los funcionarios judiciales, a las partes y eventualmente a la comunidad, volver a entablar el mismo litigio”.** Corte Constitucional, Sentencia de C – 100 de 2019.*

<sup>11</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casaci3n Civil, Sentencia de 12 de octubre de 2013, Exp. 1100102030002009-02135-00.

- iii.) En los dos procesos judiciales existe identidad de partes de un lado la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** y del otro **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

Debe aclararse al despacho, que entre dicho fallo y el momento actual de este proceso judicial nada ha variado en cuanto a la relación contractual celebrada, en el sentido de incluir o aceptar expresamente el cobro de una tarifa diferencial para mayores de 65 años en vigencias distintas a las 2003-2004 a 2007-2008 y cualquier otra a futuro, por tanto, no hay lugar a abrir nuevamente el debate judicial sobre un asunto ya resuelto de manera clara, pues el fallo judicial en firme ha dejado clarificado la imposibilidad que le asiste a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** para cobrar dicha tarifa a la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO**.

Así las cosas, pretender insistir en el cobro de la tarifa diferencial para mayores de 65 años en un nuevo proceso judicial, aún cuando no ha sido pactada por las partes, se erigen en un verdadero desgaste para la administración de justicia y en un incumplimiento abierto y manifiesto del contrato celebrado y de la legislación contractual, pero más aun, en un desacato e irrespeto a una decisión judicial en firme que surte plenos efectos jurídicos a la cual debe dársele el cumplimiento que en estricto sentido merece y que obliga a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

### **3.2 INEXISTENCIA DE PACTO DE INCREMENTO DE TARIFA POR GRUPO ETARIO**

**La ausencia de obligación de pago de una tarifa diferencial por usuario mayor de 65 años.**

El artículo 1495 del Código Civil señala que el contrato: *“es un acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa”*.

Dichas obligaciones, derechos y deberes contractuales parten del entendimiento del artículo 1501 del Código Civil, pues es allí donde se determina la existencia de los elementos esenciales, accidentales y de la naturaleza<sup>12</sup> del contrato.

---

<sup>12</sup> Artículo 1501 del Código Civil: *“Se distinguen en cada contrato las cosas que son de su esencia, las que son de su naturaleza, y las puramente accidentales. Son de la esencia de un contrato aquellas cosas sin las cuales, o no produce efecto alguno, o degeneran en otro contrato diferente; son de la naturaleza de un contrato las que no siendo esenciales en él, se entienden pertenecerle, sin necesidad de una cláusula especial; y son accidentales a un contrato aquellas que ni esencial ni naturalmente le pertenecen, y que se le agregan por medio de cláusulas especiales”*

No será entonces relevante centrarnos en hacer un análisis en los elementos accidentales y naturales del contrato, sino en aquellos denominados esenciales, pues es allí, en el precio previamente pactado en el contrato, en donde **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** de manera ilógica y en un acrobático ejercicio argumentativo pretende enrostrar un presunto incumplimiento de contrato, al dar por hecho que no se ha cumplido con la obligación de pago de tarifas para usuario mayor de 65 años, cuando tal obligación contractual nunca se pactó.

Es necesario que la tarifa sus variaciones o cambios significativos en los rangos tarifarios sean pactados expresamente, precisamente la jurisprudencia constitucional ha sido enfática en afirmar que:

*“El contrato de servicios que suscribe la entidad de medicina prepagada y una persona interesada en obtener beneficios directos o el de terceros, o de ambos, debe ser aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud; que su celebración al desarrollarse en la forma de acuerdo de voluntades que produce efectos jurídicos, se nutre del principio de la buena fe desde su inicio y especialmente durante su ejecución, toda vez que entre los contratantes debe reinar una confianza mutua; y, surge al mundo jurídico como un contrato de adhesión, “según el cual las partes contratantes se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de las partes en los términos aprobados por el organismo de intervención estatal y sobre las cuales la otra expresa su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto”<sup>13</sup>*

Quiere ello decir que desde el inicio del contrato debe dejarse constancia previa, expresa y taxativa, en el texto del convenio o en sus anexos, todos aquellos acuerdos a los que lleguen las partes del precio y/o tarifas.

De esta forma, la compañía de medicina prepagada no puede variar las condiciones contractuales durante la ejecución haciendo interpretación unilateral, erradas y acomodadas de la normatividad vigente, toda vez que, de hacerlo, atentaría contra el equilibrio contractual y, peor aún, burlaría y lesionaría el principio de la buena fe, principio fundamental de toda relación negocial.

El contrato No. 011104268, celebrado el veintinueve (29) de febrero de 1992, establece respecto de su precio – *tarifa* – elemento fundamental en esta clase de contratos, lo siguiente:

---

<sup>13</sup>Corte Constitucional Sentencia T-158 de 2010

*CLAUSULA X. – PAGO DE CUOTAS. El contratante se obliga para con Humana S.A al pago del valor correspondiente al precio de este contrato por anualidades anticipadas, sin perjuicio de que HUMANA S.A. o mensual y establecer el monto de las cuotas a que haya lugar en cada caso, de todo lo cuál se dejará constancia en el ANEXO DE EJECUCIÓN.*

*La forma de pago de las cuotas puede ser modificada en cualquiera de los vencimientos del presente contrato, mediante solicitud escrita enviada por el CONTRATANTE, al departamento comercial de HUMANA S.A. a más tardar treinta (30) días calendario antes de su cumplimiento,*

Sin que en nada más se refiriera, a cuota, pago o tarifa, ajuste o reajuste tarifario por grupo etario.

Se confiesa en el texto de demanda, que el contrato carece de toda claridad. Nótese que pretende argumentar la presencia de una autorización de pacto de incremento de tarifa para mayor de 65 años en unas tímidas sugerencias en las cláusulas de “duración” y “elegibilidad de usuarios” que en nada regulan la tarifa aplicable y de las que ningún análisis se puede hacer, pues, en ellas se refiere que la entonces **HUMANA S.A** informará las tarifas en cada anualidad, con un mes de anterioridad a la renovación, cómo en la cláusula de elegibilidad, la que refiere condiciones de ingreso a los planes en donde puede requerirse exámenes para mayores de ciertas edades en caso de ser elegibles y para su acceso al plan podría aplicarse una tarifa diferente, reglas no aplicables en este análisis, **pues de ninguna manera en ellas se establece la autorización expresa e informada de aumento de tarifa para todo usuario afiliado al plan**, para que cumpliendo o superando determinada edad, sea sujeto de una tarifa distinta, la forma en cómo esta se establecerá y la proporción o diferencia de tales incrementos.

Ha de destacarse que el elemento esencial del contrato como es el precio aparece pactado, y es claro respecto de las tarifas del usuario principal hasta tres usuarios y sus adicionales, que naturalmente son incrementados anualmente y en su fijación se confía legítimamente en el profesional del aseguramiento, pues los incrementos obedecen a los factores legales conforme a principios de equidad y accesibilidad.

#### **4.2.1 De la falta de vocación del del Decreto 1570 de 1993 para permitir una modificación de tarifas no advertidas a la celebración del contrato**

Partiendo del supuesto medular de la demanda y de la empresa de medicina prepagada que durante años ha sostenido con vehemencia su posibilidad de incremento de tarifas para grupos etarios sustentándose en que el Decreto 1570 de 1993 es la fuente “legal” que le impone “forzosamente” el incremento y cobro de una tarifa diferencial por edad, conviene entonces hacer examen de este texto, que es

el único argumento reglamentario de la demanda, el que vale la pena transcribir:

*“CAPITULO VI. REGIMEN DE TARIFAS Y CONTROL DE GASTOS*

*ARTICULO 26. REGLAS GENERALES. 1. Proyección de tarifas. Las entidades dependencias o programas deberán estar en capacidad de suministrar a sus agentes y a los usuarios actualmente vinculados, la proyección de aumento aproximado de la tarifa para el año siguiente pudiendo tomar para el efecto una mezcla de indicadores tales como la inflación, el índice de precios al consumidor y porcentajes fijos.*

*2. Control previo por inexactitudes. Cuando la Superintendencia compruebe que la entidad presentó cifras con inexactitudes superiores al 50% que no estén plenamente justificadas en hechos imprevisibles o que el incremento se originó en incentivos ilegales o carencia de los estudios actuariales correspondientes, podrá ordenar el que la entidad, dependencia o programa se somete a autorización previa de tarifas, para que durante un término no superior de seis (6) meses sea la Superintendencia la que apruebe tales tarifas.*

*3. Generalidad de la tarifa. El reajuste de tarifas en ningún caso podrá implicar exclusiones discriminadas por individuo, familia o grupo determinado.*

*4. Principios. Las tarifas que señalen las empresas, deberán reunir las siguientes condiciones: (1) conjugar el principio técnico de equidad económica entendiendo cómo la correlación positiva que debe existir entre la tarifa y el plan, sin que injustificadamente resulte gravosa para el usuario entendiendo que no se encuentra en esta circunstancia la tarifa que en promedio ponderado no representa una utilidad superior anual sobre ingresos operacionales al quince por ciento (15%); (2) sujetarse al principio de suficiencia, entendido como aquél en que la tarifa cubre razonablemente la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como los de adquisición, administrativos, médico asistenciales y la posible utilidad; (3) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de homogeneidad; (4) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de representatividad y (5) orientarse por las normas que expida la Junta de Tarifas para el Sector Salud, conforme a las disposiciones que regulan su competencia, y las demás que las modifiquen o sustituyan.”*

Temprano ha de advertir el juzgador que este artículo del referido Decreto, en nada está llamando a la modificación del contrato o a interpretar que en virtud de esta norma le estaba dado a la empresa de medicina prepagada poder modificar de manera unilateral una tarifa por grupos de edad.

Lo que establecen son criterios o principios a los que deben acudir las medicinas prepagadas, para que, con apego al reglamento expidan sus tarifas, verbigracia, el incremento tarifario anual, o bien tarifas por grupo etario pero previamente advertidas, aun cuando su fijación sea propia de la actividad de la empresa

aseguradora, pero en modo alguno permite incorporar una aceptación incondicional de un tarifario diferente para usuarios mayores de 65 años y sustancialmente distinto al pactado en el contrato.

Es preciso diferenciar que desde la celebración del contrato, el contratante entiende la obligación adquirida respecto de pagar un incremento ordinario anual, el que bien puede establecerse a través de las metodologías establecidas en el Decreto 1570 de 1993, posibilidad que no se discute, como tampoco es objeto de oposición si la tarifa es autorizada o simplemente informada a la Superintendencia Nacional de Salud, lo que se discute es que no ha existido pacto para el cobro de una tarifa diferencial por edad y que tal estipulación debía contenerse en el contrato.

Así mismo, nótese que desde la expedición del Decreto 1570 de 1993 existen unos contenidos mínimos del contrato entre empresas de medicina prepagada con sus usuarios, y por ello en el artículo 15 establecía su numeral 3, requisitos tales como: *vigencia y el precio acordado*, requisito este que no fue asumido con la carga de claridad que le correspondía a la empresa de medicina prepagada, pues por ajuste tarifario debía explicar la serie de variables que solo le eran previsibles a la empresa contratada y que por su deber de profesional del aseguramiento le eran advertibles al momento de la celebración del contrato y que no fueron explicadas, comunicadas, menos aún pactadas por el usuario contratante, actitud gravemente culposa de la empresa y que ahora pasmosamente pretende corregir, enrostrando incumplimiento del contratante.

No podría imponerse al contratante que supiera el incremento de más del doble de lo pactado por el hecho de cumplir 65 años, tal situación sólo era previsible para la empresa de medicina prepagada que es el profesional del aseguramiento, que debiendo advertir de manera clara el incremento de tarifas para los grupos etarios no lo hizo, por lo que puede afirmarse con total claridad que este pacto NO existe en el contrato y por consiguiente no le es permitido dicho cobro.

Admitir que es posible el incremento de tarifas en interpretación de las cláusulas de duración o través de la de elegibilidad de usuarios, o a través del Decreto que en materia de tarifas establece los criterios para su fijación, es tanto como legitimar que es posible para el asegurador faltar a sus deberes de información y claridad para ocultar su intención y luego sorprender al usuario a través de la interpretación de cláusulas ambiguas, pues de otra forma no se explicaría que si tal pacto de alteración de valor por el grupo etario era tan advertible, no hubiera una cláusula que por parte de la empresa de medicina prepagada expresamente señalara tal incremento y de parte del usuario se autorizara, cuando es la tarifa un punto de profunda sensibilidad en toda relación negocial.

Estos argumentos de posibilidad de aplicación de tarifas diferenciales para mayores de 65 años -según la empresa de medicina prepagada- autorizados por los usuarios en las cláusulas de elegibilidad y de duración, así como el de posibilidad de cobro de tarifas diferenciales por grupo etario a partir del Decreto 1570 de 1993, no están llamados a acogerse, pues ya fueron analizados y descartados por el órgano de inspección y vigilancia de las empresas que ofrecen planes de medicina prepagada.

Estos tres argumentos fueron analizados en vía administrativa por la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** quién decidió formular pliego de cargos en contra de **HUMANA S.A.** hoy **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** por múltiples quejas interpuestas por usuarios entre estas, la formulada por la señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** por las tarifas diferenciales cobradas por las Señoras **NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA** y **CAROLINA JARAMILLO DE CHEMÁS** a quienes a partir del año de 1998 se les empezó a cobrar una tarifa por adulto mayor de 65 años, cuando para tal año, las referidas señoras sobrepasaban en varias anualidades dicha edad.

La investigación concluyó en sanción de multa por 1.600 (SMLMV) pues la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** identificó entre otras conductas las siguientes:

*No se aceptan los argumentos, específicamente al reconocer el investigado de forma precisa que “Hasta comienzos del año de 1998 no se adjuntaba a los contratos de medicina prepagada documento alguno en donde de manera discriminada se estableciera tarifa según el número de usuarios que ingresan al contrato y de acuerdo con los grupos etáreos, para mayor detalle pero sin que el hecho evidencia descatamiento anterior de la norma por nuestra parte..”F.332)(sic)*

*Establece la norma en forma perentoria que son anexos obligatorios en cada contrato las tarifas vigentes, entre otros anexos obligatorios, En consecuencia teniendo en cuanta que el propósito de la norma es procurar que al usuario se le brinde la mayor información posible al contratar sus servicios de medicina prepagada, es inaceptable pretender que el diligenciamiento de la casilla “valor del contrato” del anexo de renovación del mismos puede entenderse como la forma de cumplir con la obligación señalada(...)<sup>14</sup>, Subraya y negrilla no corresponde al original*

### **3.2.2 Acerca de la supuesta modificación del contrato en el año 2000**

Afirmar que el contrato de medicina prepagada se modificó en el año 2000 a través

---

<sup>14</sup> Resolución 1674 de agosto 27 de 1998 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud Fls 9 y 10.

de la suscripción del incremento ordinario del tarifario aplicable para ese año merece breves pero suficientes argumentos:

El primero, pretender señalar que en dicho año se pactó la tarifa para mayor de 65 años, es prueba de confesión de la demandante **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** que a la fecha de aquel documento no existía pacto que le permitiera cobrar tarifas diferenciales por grupo etario.

En segundo lugar, desvirtúa por completo el argumento, según el cual pretende construir que de suyo, a partir del Decreto 1570 de 1993 el contrato de medicina prepagada no sólo permite, sino que además exige el ajuste de las tarifas, no siendo relevante el pacto expreso en donde las partes así lo dispongan y acepten. Pues la consecuencia lógica es que, si se pretende demostrar que existe algún documento que las partes le dieron alcance de modificación y aceptación del cobro diferencial por grupo etario, significa que no puede sostener que al imperio del referido Decreto no era necesario un pacto expreso que permita el cobro de tarifas diferenciales por edad.

Tercero. Es desafortunado volver a presentar el anexo tarifario del año 2000 ante los estrados judiciales, pues posee mayores atributos para ser escondido que para ser exhibido por su completa ineptitud jurídica, que ya fue distinguida judicialmente.

El anexo tarifario del año 2000, como se dijo, ya fue valorado judicialmente y allí se declaró su falta de vocación jurídica para producir efectos, por cuanto la decisión destaca, tanto la ausencia de claridad del documento como el inmutable comportamiento de las partes frente a su suscripción, conducta contractual que nunca cambio.

En fin, sobre dicho documento anecdótico en la ejecución del contrato recae el atributo de la cosa juzgada que lo dio mérito a la ya planteada excepción

### **3.3 CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y PAGO**

**MARIA TERESA VÉLEZ GIRALDO** ha cumplido el contrato, ha pagado con arreglo a las tarifas informadas por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, claro está rechazando un cobro diferencial por mayor de 65 años por cuanto ello no ha estado pactado en el contrato.

Así, resulta preciso ilustrar varios momentos del contrato.

- Entre el año 1992 al año 1997, no existe un cobro diferencial por edad, aun cuando para ese año las señoras **NIDIA VELEZ DE MONTOYA** y **CAROLINA JARAMILLO DE CHEMÁS**, ya contaban con 65 años.
- Para el año 1998 y 1999, se hicieron los primeros cobros por grupo etario por parte de la entonces **HUMANA S.A.**, y en razón a ello se inició investigación administrativa por parte de la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** la que concluyó con la sanción impuesta a la empresa de Medicina Prepagada mediante Resolución 1674 del 27 de agosto de 1998, en la cual se ordenó la devolución de los pagos en exceso.
- Para las vigencias subsiguientes 2000 a 2003, **COLMEDICA MEDICINA PREPEGADA S.A.** cobró la tarifa diferencial por edad, aunque ante los rechazos de la señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** la empresa aseguradora optó por retractarse.
- A partir del año 2003, repentina y caprichosamente **COLMEDICA MEDICINA PREPEGADA S.A.** insistió en el pago de las tarifas diferenciales por edad, **exigiendo su pago so pena de suspensión del servicio de salud, de esta forma coaccionó a pagar la totalidad de las facturas expedidas**, las cuales que se pagaron en su integridad, no obstante, la objeción permanente y sostenida de la señora **VÉLEZ GIRALDO** por un cobro de lo no pactado.
- En el año 2007 la señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** promovió demanda en contra de **COLMEDICA MEDICINA PREPEGADA S.A.** por estos cobros no pactados.
- En el año 2014, mediante fallo del 6 de marzo proferido por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Bogotá, finaliza la contienda judicial **declarando el incumplimiento de contrato por parte de COLMEDICA MEDICINA PREPEGADA S.A. y ordenando la devolución de lo pagado por las vigencias demandas 2003 a 2008.**
- La señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** pagó la totalidad de lo arbitraria e ilegalmente cobrado por **COLMEDICA MEDICINA PREPEGADA S.A entre las vigencias 2007 a 2014.** Para este último año se dirimió la controversia judicial a favor de la usuaria contratante.
- En confianza legítima, fundada a partir del fallo proferido por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Bogotá y en el entendido que allí se declaró la inexistencia de la obligación de pago de una tarifa diferencial por grupo etario,

la señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** ha pagado lo que corresponde a lo que contractualmente está obligada:

El pago anual resultaba de tomar el tarifario notificado anualmente por la empresa de Medicina Prepagada, de estos se toma el valor del afiliado principal, más el valor de los beneficiarios hasta tres y luego el valor de los usuarios adicionales. Posteriormente se restaban los descuentos según usuario (los que se detallan en la factura) y luego se sumaba el valor correspondiente a iva, arrojando así el valor a cancelar anulamente. Metodología que se sigue en la factura.

De conformidad con los momentos del contrato el resultado es la siguiente relación de pagos:

Vigencia del Contrato	Valor COBRADO por COLMÉDICA INCLUYENDO TARIFA DIFERENCIAL POR EDAD, descuentos comerciales e IVA	Valor PAGADO por la CONTRATANTE	Valor que DEBÍA PAGAR la CONTRATANTE SEGÚN EL CONTRATO incluyendo descuentos comerciales e IVA
2008-2009	16.241.232	16.241.232	8.549.586
2009-2010	17.784.188	17.784.188	9.307.914
2010-2011	10.809.246	10.809.246	6.321.061
2011-2012	13.157.760	13.157.760	8.572.925
2012-2013	13.952.833	13.947.226	8.914.657
2013-2014	14.271.995	14.271.995	9.106.171
2014-2015*	15.659.897	10.403.951	10.403.951
2015-2016	22.400.877	16.395.914	10.663.632
2016- 2017	25.503.337	12.410.024	12.410.024
2017-2018	36.458.443	12.107.680	12.107.680
2018-2019	26.885.764	13.252.478	13.252.478
2019-2020	39.085.409	14.070.104	14.070.104
2020-2021	53.217.978	15.149.147	15.149.147

\*Vigencia en la que se notifica la sentencia de segunda instancia dentro del proceso declarativo de Maria Teresa Vélez Giraldo contra Colmedica Medicina Prepagada.

Así, se demuestra la totalidad de los pagos de las vigencias de conformidad con el cuadro adjunto, los pagos en exceso y el pago exacto de lo pactado en el contrato con lo cual ha de entenderse satisfecha la obligación pactada, y con ello no hay forma alguna de enrostrar incumplimiento cuando ha habido apego estricto al contrato y más aún a la sentencia judicial.

Dicho en las palabras del tratadista Fernando Hinestroza

*“Tanto para el deudor como para el acreedor es fundamental saber qué se debe pagar y cómo satisfacerse la obligación que en cuanto a relación jurídica los vincula. Tema íntimamente conectado entre sí y que tiene que ver a la vez, con los accidentalia del título, que con los*

*naturalia del negocio y con la clase de la prestación y, por lo mismo, con las variedades y pormenores del objeto. Se repite que el acreedor tiene derecho a la ejecución total, precisa y oportuna de la prestación. Acá se trata de la exactitud de esta, para establecer qué y cómo se debe ha de irse al título: el negocio jurídico, la sentencia de condena a la indemnización del daño o al valor del enriquecimiento, la decisión o el acuerdo sobre alimentos, la decisión de la junta de copropietarios relativa a las expensas comunes etc, para identificar la prestación y puntualizar la forma en que se previno su ejecución. Pero ese contenido se completa con los naturalis negotia y las previsiones de ley correspondiente a la clase de prestación”<sup>15</sup>*

#### **4.4. IMPOSIBILIDAD DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA DE MANERA UNILATERAL SIN INCUMPLIMIENTO DEL USUARIO.**

Plantea **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** sus pretensiones para lograr una terminación del contrato según lo “pactado” y subsidiariamente -en su apreciación - por incumplimiento de la usuaria contratante.

La crónica poco reflexiva de la demandante busca construir dos reglas de interpretación a propósito de la terminación del contrato; por un lado, la facultad de terminación unilateral pre estipulada en el contrato celebrado en febrero 29 de 1992; y de otra parte; una confusa configuración de incumplimiento a una obligación no pactada que le permitiría a sentir de aquella empresa, desprenderse de sus obligaciones contractuales.

Si se acude a la autonomía de la voluntad y al contrato preestablecido por la entonces **HUMANA S.A** en donde fijó esta facultad de terminación unilateral habrá de concluirse que a pesar que allí se pactó dicha posibilidad, hoy no le estaría permitido la terminación unilateral del contrato sin incumplimiento del usuario, aun invocándose el contrato como fuente de dicha facultad.

Como se reseñó en los antecedentes, la regla de contratación civil según la cual el contrato será una “ley” para las partes y se mantendrá siempre que no haya ley que pueda modificar el clausulado contractual, es precisamente la regla que resulta aplicable al contrato celebrado el 29 de febrero de 1992, en lo que respecta a la imposibilidad de terminación unilateral por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** por cuanto existen normas que aunque posteriores, modificaron esta cláusula

---

<sup>15</sup> Hinestroza Fernando. Tratado de las Obligaciones, Concepto estructura y Vicisitudes. Ea. Edición Universidad Externado 2015, Pág 624.

del contrato.

Serán los Decretos 1486 de 1994 y 1570 de 1993 los que modificaron la facultad de terminación del contrato por voluntad del contratista pues introducen una regla que obliga a la empresa de Medicina Prepagada a la renovación del contrato siempre que no medie incumplimiento del usuario.

Regla que no es aislada, sino que se constituye en un verdadero límite a la arbitrariedad de las empresas de medicina prepagada tal como se establece en la Ley 1438 de 2011 en su artículo 41, el cual dispone con absoluta claridad y como norma de protección, la imposibilidad de terminar o revocar los contratos sin incumplimiento de los usuarios.

La conducta de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, al acudir a los estrados judiciales para buscar la terminación del contrato y a su vez manteniéndolo en ejecución ante un supuesto incumplimiento, es muestra más que suficiente, tanto de la inexistencia del incumplimiento, como del pleno reconocimiento de la aquí señalada prohibición de terminación unilateral sin incumplimiento, pues de otra forma habría suspendido servicios sin ninguna clase de consideración.

Este punto de discusión en el litigio plantea tensión entre el derecho fundamental a la salud y el contrato como instrumento de protección respecto de **NIDIA VÉLEZ DE MONTOYA, MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO, MARÍA MANUELA CHEMÁS VÉLEZ, JORGE EDUARDO CHEMÁS JARAMILLO Y SERGIO ALEJANDRO CHEMÁS VÉLEZ.** Amenazado por una pretensión mercantil de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

Decantado como está que **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** lo que pretende a toda costa es la terminación de la relación contractual, ha puesto en amenaza el derecho a la salud de los demandantes, por ello que el interprete debe acudir a las normas y principios del Sistema de Seguridad Social en Salud, y con ello debe tomar los principios del derecho a la salud, como lo es interpretar el contrato de forma favorable al usuario.

De esta forma encontrando el juzgador que existiendo tensión entre dos normas “la del contrato” y dos normas del sistema de salud que le prohíbe a la empresa de medicina prepagada dar por terminado el vínculo de aseguramiento en salud sin incumplimiento del usuario, debe acudir a la interpretación favorable al usuario en ejercicio del mandato establecido en el principio *por homine* en garantía de la protección del derecho a la salud

Así lo advierte la Corte Constitucional en sentencia T560 de 2017 sobre la forma de interpretar estos vínculos jurídicos:

*En esa medida, la relación entre empresa y usuarios debe responder a los principios de disponibilidad, no discriminación, asequibilidad económica, acceso a la información, aceptabilidad y calidad, que son exigibles en el marco del Sistema General de Seguridad Social y en este tipo de relaciones contractuales, ya que dichos axiomas obedecen al contenido propio del derecho a la salud, que subyace en la relación contractual que aquí se estudia. Igualmente, debe aceptarse que en caso de duda el contrato debe interpretarse a favor del usuario, quien conforme a la jurisprudencia de esta Corporación constituye la parte débil del contrato de medicina prepagada Subrayas propias*

-

Queda claro entonces la imposibilidad de terminación del contrato de forma unilateral sin incumplimiento del demandado, la que no obedece a una fórmula antojadiza como se refiere en la demanda, sino a un criterio jurídico preciso y definido en la interpretación de la ley civil, las leyes de Seguridad Social en Salud y conforme a la interpretación orientadora y obligatoria de la Corte Constitucional.

Así, no puede el demandante vestirse con el ropaje de la autonomía privada y sin argumento admisible, pretender sin más, destruir un contrato de aseguramiento en salud de 29 años sin incumplimiento del usuario, poniendo al descubierto algo aún más perverso como lo es, pretender construir un incumplimiento del aquí demandado a través de una obligación no pactada, en franco y abierto desacato a una sentencia y un antecedente de vigilancia y control administrativo, para de manera desvergonzada y en todo contrasentido pedir la terminación del contrato de quien ha obrado con los más estrictos niveles de lealtad contractual. Por lo que en ese contexto cualquiera que sea la razón para sustentar la terminación del contrato debe ser desestimada.

#### **4.4 CULPA DE COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A. AL NO PREVEER EN EL CONTRATO UN AJUSTE POR GRUPO ETARIO QUE HOY PRETENDE RECLAMAR**

Tal y como se evidenciará en el presente proceso, existió falta de diligencia de parte de **HUMANA S.A.**, hoy **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en cuanto a su rol como experto en el negocio y en la prestación del servicio medicina prepagada, pues al momento de celebrar el contrato respectivo con la Señora

**MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** en el año 1992, nada dijo, expresó o pactó sobre algún tipo o clase de ajuste en relación con la tarifa por grupo etario en mayores de 65 años, y sobre la cual ahora se vale para sacar provecho económico sustentado en una diferencia económica inaguantable que debe conducir a juicio de esta a la terminación del contrato de medicina prepagada suscrito, más aún, cuando desde la suscripción del contrato **HUMANA S.A.**, hoy **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** conocía las aparentes frecuencias de uso del servicio, la siniestralidad, morbilidades, comorbilidades y demás circunstancias que eventualmente pueden llevar a un incremento en el valor en la tarifa al cumplir 65 años, por lo que su carga como profesional le hacía previsible esto desde antes de celebrar el contrato y sin que haya sido manifestado y pactado con la contratante en la debida oportunidad.

#### **4.6 COBRO DE LO NO DEBIDO**

Tal y como se demostrará en el presente proceso judicial, la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** no tiene obligación contractual pactada con **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en la que se obligue al pago de una tarifa diferencial en razón de la edad para las vigencias 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020, así como cualquier otra vigencia futura, mucho menos que deba a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** intereses o cualquier otra suma de dinero con fundamento en una obligación inexistente.

#### **4.7.- EXCEPCIÓN GENÉRICA.**

Me permito solicitar a su señoría tenga presente toda aquella excepción que pueda surgir con ocasión del desarrollo de la etapa probatoria y demás que componen el proceso y que favorezca los intereses de mi representada.

### **VI.- PRUEBAS**

Solicito muy comedidamente a su señoría se sirva decretar y practicar y tener como pruebas las siguientes:

#### **6.1.DOCUMENTALES**

1. Copia auténtica del Contrato de Medicina Prepagada No. 011104268 de 1992.

2. Resolución Sanción 1674 de 1998 de la Superintendencia Nacional de Salud contra **HUMANA S.A** hoy **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**
3. Sentencia del 6 de marzo de 2014, proferida por el JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA en proceso declarativo de responsabilidad contractual Radicado 2007-838 Demandante **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** – Demandado **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**
4. Factura 1837369 por las vigencias 2009 – 2010 con constancia de pago.
5. Certificación de tarifas aplicables al contrato 011104268 para la vigencia 2009-2010
6. Comunicación del 2 de enero de 2009, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, en donde se detallan las tarifas aplicables al contrato 011104288 para la vigencia 2009- 2010.
7. Carta de 30 de enero de 2009 emitida por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** manifestando su voluntad de renovar el contrato pero rechazando la tarifa diferencial para mayor de 65 años.
8. Comunicación de 23 de febrero de 2009, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** informando la renovación del contrato de forma automática.
9. Factura 2187080 por las vigencias 2010 – 2011 con constancia de pago.
10. Certificación de tarifas aplicables al contrato 011104268 para la vigencia 2010-2011.
11. Comunicación del 13 de enero de 2009, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, en donde se detallan las tarifas aplicables al contrato para la vigencia 2010- 2011.
12. Factura 2575914 por las vigencias 2011 – 2012 con constancia de pago.
13. Certificación de tarifas aplicables al contrato 011104268 para la vigencia 2011-2012.
14. Comunicación del 04 de febrero de 2011, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, en donde se detallan las tarifas aplicables al contrato para la vigencia 2011- 2012.
15. Factura 2964629 por las vigencias 2012 – 2013 con constancia de pago.
16. Certificación de tarifas aplicables al contrato 011104268 para la vigencia 2012-2013.
17. Comunicación del 10 de febrero de 2012, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, en donde se detallan las tarifas aplicables al contrato para la vigencia 2012- 2013.
18. Factura 3429919 por la vigencia 2013 – 2014
19. Recibo de caja de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** 518589 por el pago de \$14.271.995.
20. Certificación de tarifas aplicables al contrato 011104268 para la vigencia 2013-2014.

21. Comunicación del 1 de febrero de 2013, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en donde se detallan las tarifas aplicables al contrato para la vigencia 2013- 2014.
22. Factura 3859531 por la vigencia 2014-2015.
23. Recibo de caja de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** 619124 por el pago de \$10.403.951
24. Certificación de tarifas aplicables al contrato 011104268 para la vigencia 2014-2015.
25. Comunicación del 29 de enero de 2014, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en donde se detallan las tarifas aplicables al contrato para la vigencia 2014- 2015.
26. Comunicación de 11 de abril de 2014 emitida por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** manifestando su rechazo y devolución de la factura 3859531 por cobro de la tarifa diferencial para mayor de 65 años.
27. Comunicación de 15 de mayo de 2014 emitida por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** manifestando su rechazo por saldos en mora de la factura 3859531 por la tarifa diferencial para mayor de 65 años.
28. Factura 4371858 por la vigencia 2015-2016.
29. Recibo de caja de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** 534063 por el pago de \$16.395.914.
30. Comunicación del 2 de enero de 2014, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en donde se detallan las tarifas aplicables al contrato para la vigencia 2015- 2016.
31. Comunicación de 16 de marzo de 2015 emitida por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** manifestando su rechazo y devolución de la factura 4371858 por cobro de la tarifa diferencial para mayor de 65 años.
32. Factura 4952067 por la vigencia 2016-2017.
33. Recibo de caja de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** 544031 por el pago de \$12.410.024
34. Comunicación del 2 de febrero de 2016, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en donde se detallan las tarifas aplicables al contrato para la vigencia 2016- 2017.
35. Comunicación de 16 de marzo de 2016 emitida por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** manifestando su rechazo y devolución de la factura 4952067 por cobro de la tarifa diferencial para mayor de 65 años y supuestos saldos anteriores e intereses de mora.
36. Factura 5591519 por la vigencia 2017-2018.
37. Recibo de caja de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** 554141 por el pago de \$12.107.680.

38. Comunicación del 10 de enero de 2017, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en donde se detallan las tarifas aplicables al contrato para la vigencia 2017- 2018.
39. Comunicación del 7 de abril de 2017 emitida por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** manifestando su rechazo de las facturas de venta 5591519 y 2985 manifestando su rechazo al cobro de tarifas diferenciales por edad, saldos pendientes e intereses de mora.
40. Factura de venta GP 2985
41. Comunicación del 3 de abril de 2017, emitida por **COLMEDICA MEDICINA**
42. **PREPAGADA S.A.** en donde reconoce errores de liquidación de la factura GP 2985.
43. Factura de venta GP 2994.
44. Comunicación del 23 de marzo de 2017 emitida por la Señora **MARÍA TERESA**
45. **VÉLEZ GIRALDO** manifestando su rechazo y devolución de la factura GP 2985 por cobro de la tarifa diferencial para mayor de 65 años y supuestos intereses de mora.
46. Comunicación del 16 de marzo de 2017, emitida por **COLMEDICA MEDICINA**  
**PREPAGADA S.A.** en donde reconoce el allanamiento a la mora.
47. Comunicación del 28 de febrero de 2017 emitida por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** manifestando su rechazo y devolución de la factura 5591519 por cobro de la tarifa diferencial para mayor de 65 años, saldos pendientes y supuestos intereses de mora.
48. Factura de venta 6295671 por la vigencia 2018-2019.
49. Recibo de caja de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** 563084 por el pago de \$13.252.478.
50. Comunicación del 5 de enero de 2018, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en donde se detallan las tarifas aplicables al contrato para la vigencia 2018- 2019.
51. Comunicación del 22 de marzo de 2018 emitida por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** manifestando su rechazo y devolución de la factura 6295671 posterior reclamo en oficinas pues la misma no le fue enviada.
52. Factura de venta 152722 por la vigencia 2019-2020.
53. Recibo de caja de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** 571845 por el pago de \$14.070.104
54. Certificación de tarifas aplicables al contrato 011104268 para la vigencia 2019-2020.
55. Comunicación del 28 de febrero de 2019 emitida por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** manifestando su rechazo y devolución de la

- factura 152722. por cobro de la tarifa diferencial para mayor de 65 años, saldos pendientes y supuestos intereses de mora.
56. Comunicación del 18 de marzo de 2019 emitida por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** informando el pago de la vigencia 2019-2020.
  57. Factura de venta 152722 por la vigencia 2020-2021.
  58. Recibo de caja de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** 719028 por el pago de \$15.149.147
  59. Comunicación del 10 de febrero de 2020, emitida por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en donde se detallan las tarifas aplicables al contrato para la vigencia 2020-2021.
  60. Comunicación del 6 de marzo de 2020 emitida por la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** manifestando su rechazo al cobro de la tarifa diferencial para mayor de 65 años, saldos pendientes y supuestos intereses de mora.
  61. Tabla de tarifas y descuentos aplicables al contrato 011104268 por las vigencias 2009 a 2016.
  62. Estado de cuenta 2008 a 2015.
  63. Carta de la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** del 24 de febrero de 2016 solicitando a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** Respuesta de fondo a petición.
  64. Carta de la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** 12 de febrero de 2015 solicitando a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** no enviar mensajes de cobro por saldos inexistentes.
  65. Carta de la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** 15 de febrero de 2016 solicitando a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** agilizar respuesta a derecho de petición de dos de febrero de 2016.
  66. Petición de la Señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** del 2 de febrero de 2016, interpuesta por medio de apoderado solicitando a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A** documentos de las vigencias 2008 a 2016 entre otros.
  67. Correspondencia cruzada entre peticiones, rechazo de cobros, avisos de suspensión por mora en el anexo 2 en archivo PDF en 96 folios
  68. Correspondencia cruzada entre peticiones, rechazo de cobros, avisos de suspensión por mora en el anexo 3 en archivo PDF en 91 folios

## 6.2. PRUEBAS TRASLADADAS

Que se tenga como pruebas, previo su Decreto como prueba trasladada, todas las piezas procesales incluyendo las declaraciones testimoniales practicadas dentro del

proceso entre María Teresa Vélez Giraldo como demandante contra Humana Medicina Prepagada como demandada que cursó ante el Juzgado 23 Civil Municipal de Descongestión de Bogotá.

Las piezas procesales dentro de la investigación administrativa adelantada por la Superintendencia Nacional De Salud, que se concluyó mediante Resolución Sanción número 1674 de 1998, en contra de Humana Medicina Prepagada.

### **6.3. RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS:**

De conformidad con lo establecido en el artículo 262 del Código General del Proceso, solicito a su señoría se sirva decretar la ratificación del contenido y firma de los documentos, por quienes fueron suscritos y los cuales se aportaron en la demanda anunciados en el acápite de pruebas documentales bajo los numerales 34 - 36 - 38 - 40 - 45 - 51 - 52 - 54 - 55.

### **6.4. TESTIMONIALES:**

Sírvase señor juez ordenar y practicar los siguientes testimonios, que resultan relevantes para la demostración

- MARIA TERESA VELEZ GIRALDO
- NIDIA MONTOYA DE VELEZ
- MANUELA CHEMÁS VÉLEZ
- JORGE EDUARDO CHEMÁS JARAMILLO
- SERGIO ALEJANDRO CHEMÁS VELEZ

### **6.5. INTERROGATORIO DE PARTE.**

Así mismo, sírvase citar a interrogatorio de parte al representante legal de la demandante, **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA**, con el fin de que absuelva el cuestionario en la oportunidad procesal que defina su despacho.

## **VII.- ANEXOS.**

Las enunciadas en el acápite de pruebas documentales del presente escrito y contenidos en 3 archivos PDF así:

- Poder para actuar en mensaje de datos del 5 de abril de 2021.
- Anexo 1. 156 folios.
- Anexo 2. 96 folios.

- Anexo 3. 91 folios

### VIII. NOTIFICACIONES

La señora **MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO** en calidad de **DEMANDANTE** recibirá notificaciones en la Carrera 1 este No. 74/75-35, apartamento 801 de Bogotá. al correo electrónico [velezmaria@hotmail.com](mailto:velezmaria@hotmail.com)

La sociedad **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** en calidad de **DEMANDADA**, recibirá notificaciones en la calle 93 No. 19-25 de Bogotá. y su apoderada en las direcciones físicas y electronica por ella suministrada.

**EI APODERADO** de la aquí demandante carrera 21 No. 137-90 en la ciudad de Bogotá. Al telefono 3102683546 correo electrónico [juanpablomorantes@hotmail.com](mailto:juanpablomorantes@hotmail.com)

Atentamente



**JUAN PABLO MORANTES ACUÑA**

Apoderado parte demandada.

C.C 80170972

T.P 223.013 del C, de la J

[Juanpablomorantes@hotmail.com](mailto:Juanpablomorantes@hotmail.com)