

Señor.

**SEÑOR JUEZ VEINTIDOS (22) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS
MÚLTIPLES DE BOGOTÁ.**

REFERENCIA: CONTESTACION DEMANDA

DEMANDANTE: ORGANIZACIÓN INMOBILIARIARROJAS CIA LTDA.

DEMANDADOS: MARTHA ROCIO NAVARRO FLECHAS.

PROCESO N 2022 – 504

FREDY GIOVANNI VASQUEZ VARGAS, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No 180.279 expedida por el C. S. de la Judicatura, identificado con cédula de ciudadanía número 80.020.419 expedida en Bogotá, en mi calidad de apoderado de la señora **MARTHA ROCIO NAVARRO FLECHAS**, encontrándome dentro de los términos de ley por medio del presente escrito me permito contestar la demanda y proponer excepciones así:

EN CUANTO A LOS HECHOS

1. Hecho Número 1: **Es cierto.**
2. Hecho Número 2: **Es cierto.**
3. Hecho Número 3: **Parcialmente cierto**, pero con base en la pandemia mi poderdante se quedó sin trabajo y no podía cancelar dentro del plazo estipulado y en varias ocasiones solicito algún tipo de acuerdo para lo cual siempre recibí respuestas negativas.
4. Hecho número 4. **Parcialmente cierto**, si se encuentra establecido dentro del contrato pero mi poderdante nunca fue notificada de tal incremento como ordena la ley.
5. Hecho número 5. **No es cierto.** Los incrementos nunca se dieron porque como ya se manifestó mi poderdante nunca fue notificada de tal situación.
6. Hecho número 6. **No es cierto.** Se está cobrando un canon con unos incrementos que no están autorizados conforme el mandato legal que rige este tipo de contratos.
7. Hecho número 7. **Es cierto.**

8. Hecho número 8. **No es cierto**, es una apreciación de la parte Demandante y se deberá demostrar dentro del presente proceso.
9. Hecho número 9. Es cierto.

EN CUANTO A LAS PRETENSIONES

Manifiesto al señor Juez, que me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, teniendo en cuenta los hechos ya descritos.

EXCEPCIONES DE FONDO

PRIMERA: COBRO DE LO NO DEBIDO. Señor Juez esta excepción esta llamada a prosperar como consecuencia de la notificación de debida forma de los incrementos del contrato de arrendamiento.

Sírvase declarar probadas las excepciones propuestas.

PRUEBAS DE LAS EXCEPCIONES

Sírvase señor Juez, decretar y tener en cuenta como pruebas las siguientes:

INTERROGATORIO DE PARTE

Que deberá absolver el Demandante, sobre los hechos de la demanda y sus pretensiones en día y hora previamente fijadas por el Despacho, reservándome el derecho a efectuarlo en forma oral o escrita.

DOCUMENTALES

- Las que reposan en el proceso.

NOTIFICACIONES

DE MI PODERDANTE

Recibe notificaciones en la dirección aportada por la parte demandante.

DEL SUSCRITO

En la calle 102 A No 45 A 26 oficina 202 de la ciudad de Bogotá, celular 3138881310, correo electrónico abogadosociadosul@gmail.com.

Del señor Juez., Atentamente



FREDY GIOVANNI VASQUEZ VARGAS

C.C 80.020.419 de Bogotá

T.P 180. 279 del C.S de la Judicatura

Señor:

**JUEZ VEINTIDÓS (22) CIVIL MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS Y
COMPETENCIA MULTIPLE**

Bogotá

REFERENCIA: **PROCESO EJECUTIVO No. 2021-0042**
DEMANDANTE: **HOSPICLINIC DE COLOMBIA**
MANDADOS: **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD
COOPERATIVA.**

**Asunto: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA, Y PROPOSICIÓN DE
EXCEPCIONES DE MERITO.**

CARLOS EDUARDO GÁLVEZ ACOSTA, mayor de edad , domiciliado en Bogotá D.C, identificado con cédula de Ciudadanía Número 79.610.408 de Bogotá D.C, abogado en ejercicio, identificado con la tarjeta profesional número 125.758, expedida por el Consejo Superior de la Judicatura en mi calidad de apoderado especial judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA., ENTIDAD COOPERATIVA**, entidad legalmente constituida, con domicilio social en la ciudad de Bogotá D.C, identificada con el NIT 860524654-6, representada legalmente por la doctora MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA, mayor de edad y domiciliada en Bogotá D.C, identificada con la cédula de ciudadanía número 38.864817, tal como consta en el poder y certificado de existencia y representación expedido por la Superintendencia Financiera, que obran en el expediente, a Usted con todo respeto manifiesto que:

I. CONTESTO LA DEMANDA EN LOS SIGUIENTES TERMINOS.

A las pretensiones:

Me opongo a las pretensiones, por cuanto no existe obligación e pago por parte de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por las sumas de dinero demandadas, puesto que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y en razón a que los valores no cancelados, fueron oportunamente glosados por mi representada.

Así las cosas:

A la pretensión 1, 2 y 3. Me opongo por cuanto no existe obligación en favor de la entidad demandante a cargo de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, razón por la cual no podrá emitirse orden de seguir adelante con la ejecución, debiéndose condenar en costas a la entidad demandante.

A LOS HECHOS

AL HECHO PRIMERO.

No es cierto en la forma expresada.

Para el presente caso la entidad demandante no presto servicios a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PERSONAS LESIONADAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO, realizando la atención de las personas citadas a cargo del SOAT, expedido por la ASEGURADORA.

Ahora bien, si bien es cierto lo prestado son servicios con cargo a pólizas de SOAT expedidas por mi representada, no menos cierto, es que cualquier obligación que hubiese podido nacer de dichas facturas a la fecha está prescrita.

En adición a lo enunciado ha de verse que los servicios prestados derivan de una póliza de seguros, y que el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establece la forma y fecha desde la cual corre la prescripción como se indicará en las excepciones de mérito, a más de ser valores glosados por mi representada.

AL HECHO SEGUNDO: no es un hecho, es la manifestación de parte de la existencia de un título, basado en una factura, olvidando la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y los procedimientos para el cobro de los servicios prestados bajo los amparos del SOAT, a lo cual regresaré en las excepciones de mérito.

Por lo anterior me pronuncio a los numerales:

1. el que indica "POR SU FORMA BILATERAL"

En este caso ha de ver el señor JUEZ, que parte la demandante de un supuesto que no es cierto, indicado que había obligación para con la aseguradora de "suministrar los insumos médicos y presentar facturación" ello no es cierto, en este caso y como se demostrará en la excepciones de mérito lo que hay es una atención a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, bajo póliza de SOAT expedidas por mi

representada, sin que haya habido ningún acuerdo previo, es de recordar que la póliza de SOAT, es de creación legal y hay obligación legal de las instituciones prestadoras de servicios de salud, como lo es el caso de la demandante, de atender a las víctimas de accidentes de tránsito.

Ahora bien, los valores no cancelados por aseguradora solidaria de Colombia, devienen de GLOSAS a las facturas presentadas, a más de que ha operado el fenómeno de la prescripción como se indicará en las excepciones de mérito lo que no permite se ordene seguir adelante con la ejecución y por el contrario se deben declarar probadas las excepciones que se propondrán condenando en costas a la entidad demandante.

AL HECHO TERCERO: NO SE ACEPTA en la forma indicada, como se ha dicho con anterioridad, lo cobrado por HOSPICLINIC en las facturas, son servicios derivados de la atención de víctimas de accidentes de tránsito y no el suministro de insumos médicos a la Aseguradora, por demás la factura es solo un anexo a la reclamación el seguro SOAT, como se indicará mas adelante.

EL HECHO CUARTO: NO ES UN HECHO, es la indicación de la facturación, olvidando indicar que ella deriva de la atención pacientes bajo amparo de GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS Y HOSPITALARIOS del SOAT, sin embargo, no existe tal obligación y de haber llegado a existir se encuentra prescrita.

AL HECHO QUINTO: Se realizan varias afirmaciones por lo cual doy contestación en la forma en que fueron expuestas:

Es cierto que se radicaron las facturas, pero omite el demandante indicar que se allegaron los documentos para las reclamaciones de SOAT, bajo el amparo de gastos médicos y hospitalarios, lo cual es de vital importancia para la prescripción que se alegará y las demás excepciones que se propondrán.

NO ES CIERTO que sea una venta de insumos, son las facturas por atenciones médicas derivadas de seguros **SOAT** a personas víctimas de accidentes de tránsito.

AL HECHO SEXTO- No es un hecho es una referencia normativa.

Al hecho séptimo: NO SE ACEPTA EN LA FORMA EXPUESTA, pues si bien, es cierto que no se ha realizado el pago, ello corresponde a que los valores cobrados fueron glosados u objetados, con base en la auditoría realizada a la historia clínica, por parte de mi representada. que conlleva a que no exista dicha obligación de pago, adicional al hecho que hay prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

AL HECHO SEPTIMO – No es un hecho es un resumen de las pretensiones.

AL HECHO OCTAVO – Es una apreciación del demandante, que no constituye un hecho pues no existe obligación alguna de Aseguradora Solidaria de Colombia, conforme las excepciones que se presentan a continuación

AL HECHO NOVENO - No es un hecho, es la mención al derecho de postulación.

EXCEPCIONES DE MERITO:

1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

Sustento como a continuación se expone:

CONSIDERACIONES PREVIAS:

Para claridad del despacho en este caso el cobro realizado, no nace del suministro de insumos por parte de la demandante a mi representada, como erróneamente lo indica la apoderada de la entidad.

En este caso y conforme los documentos anexos se trata de la prestación de servicios hospitalarios bajo el amparo de GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS Y HOSPITALARIOS DERIVADOS DE PÓLIZAS DE SOAT, expedidas por mi representada.

Para darle un orden lógico a la excepción, haré referencia a cada una de las facturas en el orden que fueron citadas en la demanda.

Así mismo, ha de tener en cuenta el despacho que para este caso la prescripción aplicable es la ordinaria de dos años del contrato de seguro, como lo indican las normas que se citan a continuación y que la factura solo es un documento anexo a la reclamación, como lo dispone el artículo 26 del decreto 56 de 2015.

“(…) TÍTULO IV

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO DE RECLAMACIONES

Artículo 26. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los

prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

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

3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.

3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.

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

5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS. (...)” (Negrilla Ajena al Texto).

Así las cosas, es claro que la factura sólo es un documento necesario para presentar la reclamación, pero que dichas reclamaciones se rigen por la prescripción del contrato de seguro, al ser la prestación de servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios **el origen causal del cobro realizado** y el mismo derivarse de un contrato de seguro como lo es el SOAT.

Dicho lo anterior hare referencia a cada una de las facturas, demostrando con ello que su **ORIGEN CAUSAL ES UN SOAT** y la fecha de prestación del servicio o del egreso del paciente, fecha a partir de la cual corre la prescripción, conforme las normas que adelante se citan.

FACTURA IO725 de fecha 30 de agosto de 2017.

Esta factura fue presentada por valor de \$2.238.700. y se indica un saldo de 947.000 pesos.

Esta factura corresponde a la atención prestada por la entidad al señor MONCADA BARBOSA CRISTIAN FERNANDO, identificado con cédula 109165687

Ahora bien, para esta reclamación la misma y conforme el archivo anexo a la presente contestación se utilizó el SOAT AT-15020346983, cuya imagen es:

COMPANIA DE SEGUROS DE DAÑOS CORPORALES GARANTADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES SOLUTIVO

Aseguradora Solidaria
de Colombia
NIT: 860.524.654-6

FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA			FECHA LAS 24 HORAS DEL		
ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
2017	04	18	2017	04	19	2018	04	18

APellidos y nombres del tomador: PINO PINEDA LEIDY
TELÉFONO (PERSONAL): 3102080716

REG. REGISTRO DE LA POLIZA: CC 37334538
COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 400
CLAVE REGULATORIA: 6679
CÓDIGO ESPECIAL: 54498

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CL 8 N 14 67
CUBANA: OCAÑA

REEMPLAZA PÓLIZA No. AT 1502 0346983 0

Nro. Formulario: 346983

Así mismo, la institución hoy demandante, suscribió el FURIPS, requisito para la reclamación de las IPS a las ASEGURADORAS DEL SOAT, en el cual se indica:



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - PURIPS

Fecha de Radicación : RG No. Radicado :
No. Radicado Anterior : Nro Factura / Cuenta de Cobro : **10 - 725**

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social : HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS
Código de Habilitación : 545180258702 NIT : 900309444-1

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

MONCADA BARBOSA
Segundo Apellido Segundo Apellido
CRUSTIAN FERNANDO
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC No Documento : 1091656837 Fecha Nacimiento: 30/07/1987 Sexo : F
Dirección Residencia: EL LLANO
Departamento: N. DE SANTANDER Cod. : 54
Municipio: OCAÑA Cod. : 498 Teléfono : 3124355981
Condición del Accidentado : Conductor Peatón Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturales : Accidente Tránsito Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas
 Huracán Inundaciones Avalancha Deslizamiento Tierra Incendio Natural
Terroristas : Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate Incendio
 Ataque a Municipios Otro Cuál? _____
Dirección de Ocurrencia : ZONA PUBLICA BARRIO PRIMERO DE MAYO
Fecha Evento/Accidente : 27/08/2017 Hora : 05:00
Departamento : N. DE SANTANDER Cód: 54
Municipio : OCAÑA Cód: 498 Zona : U
Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito :
PERSONA EN CALIDAD DE CONDUCTOR SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO COLICIONA CON OTRA MOTOCICLETA SUFRIENDO
POLITRAUMATISMO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento : Asegurado No Asegurado Vehículo Fantasma Póliza falsa Vehículo en fuga
Marca Vehículo : AUZUKI Placa : PCS968
Tipo de Servicio : Particular Público Oficial Vehículo de Emergencia
 Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar Vehículo de Servicio diplomático o consular
Código de la Aseguradora : AT1502
No de la Póliza : 03469830 Intervención de la autoridad
Vigencia Desde : 19/04/2017 Hasta : 18/04/2018 Cobro excedente de póliza

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

LEIDY
Primer Apellido Segundo Apellido
PINO PINEDA
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC No Documento : 37334538
Dirección Residencia: CALLE 5 19 A 06
Departamento: N. DE SANTANDER Cod. : 54
Municipio: OCAÑA Cod. : 498 Teléfono : 5690835


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

CRISTIAN FERNANDO
 Primer Apellido Segundo Apellido
 MONCADA BARBOSA
 Primer Nombre Segundo Nombre
 Tipo de Documento: Cédula de Ciudadanía No Documento: 1091656837
 Dirección Residencia: CALLE 8 16 47 BARRIO EL LLANO
 Departamento: N. DE SANTANDER Cod.: 54
 Municipio: OCAÑA Cod.: 498 Teléfono: 3168753445

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia: Remisión Orden de Servicio
 Fecha de Remisión: _____ Hora: _____
 Prestador que Remite: _____
 Código de Inscripción: _____
 Profesional que Remite: _____ Cargo: _____
 Fecha de Aceptación: _____ Hora: _____
 Prestador que Recibe: _____
 Código de Inscripción: _____
 Profesional que Recibe: _____ Cargo: _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligendar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.
 Datos del Vehículo: Placa Nro. _____
 Transporte la víctima desde _____ Hasta: _____
 Tipo de transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada
 Lugar donde recoge la víctima: Zona _____

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso: 27/08/2017 Hora: 07:40 Fecha de Egreso: 27/08/2017 Hora: 07:50
 Código Diagnóstico principal de ingreso: Q685 Código Diagnóstico principal de egreso: Q685
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso: _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso: _____
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso: _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso: _____
 Nombre y Apellidos del Médico o Profesional Tratante: RODRIGUEZ PEREZ ALEXANDRA
 Tipo de Documento: CC CE PA No. Documento: 52084470
 No. Registro Médico: 52084470

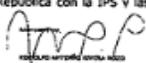
X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	2,238,700.00	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA		

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contratoría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación.

RODOLFO ANTONIO RIVERA ROZO
 NOMBRE


 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

Así las cosas y desde ya queda desvirtuado que se trata de SUMINISTRO como mal lo indica la apoderada de la entidad demandante.

Se adjunta la carpeta de la reclamación, presentada con la entidad con los soportes de la factura de los servicios prestados, la cual se identifica con el número de la factura, quedando claro que la atención **FUE DEL DÍA 27 DE AGOSTO DE 2017, EGRESANDO EL PACIENTE EL MISMO DÍA**

EN CUANTO A LA FACTURA IO748, tenemos:

El valor cobrado total e la factura fue de 1.213.000 y el saldo que se indica es de \$134.100.

Esta factura corresponde a la atención prestada por la entidad al señor VEGA RUEDA HAROLD JOSEPH, identificado con cédula 1007447375

Ahora bien, para esta reclamación la misma y conforme el archivo anexo a la presente contestación se utilizó el SOAT AT-1502- 03237673, cuya imagen es y que fuera aportada por HOSPICLINIC con la reclamación, anexa a factura:



Así mismo, la institución hoy demandante, suscribió el FURIPS, requisito para la reclamación de las IPS a las ASEGURADORAS DEL SOAT, en el cual se indica:



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Fecha de Radicación: RG No. Radicado:
No. Radicado Anterior: Nro Factura / Cuenta de Cobro: **10 - 748**

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS
Código de Habilitación: 545180258702 NIT: 900309444-1

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

VEGA RUEDAS
Segundo Apellido Segundo Apellido
HAROLD JOSEPH
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: TI No Documento: 1007447375 Fecha Nacimiento: 31/10/2000 Sexo: M
Dirección Residencia: XX
Departamento: N. DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: OCAÑA Cod.: 498 Teléfono: _____
Condición del Accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturales: Accidente Tránsito Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas
 Huracán Inundaciones Avalancha Deslizamiento Tierra Incendio Natural
Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate Incendio
 Ataque a Municipios Otro Cuál? _____
Dirección de Ocurrencia: ZONA PUBLICA AV LA CIRCUNVALAR
Fecha Evento/Accidente: 15/08/2017 Hora: 11:55
Departamento: N. DE SANTANDER Cód: 54
Municipio: OCAÑA Cód: 498 Zona: U

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito:
PERSONA EN CALIDAD DE PARRILERO SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO COLIONA CON OTRA MOTOCICLETA SUFRIENDO POLITRAUMATISMO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento: Asegurado No Asegurado Vehículo Fantasma Póliza falsa Vehículo en fuga
Marca Vehículo: YAMAHA Placa: LQC31D
Tipo de Servicio: Particular Público Oficial Vehículo de Emergencia
 Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar Vehículo de Servicio diplomático o consular
Código de la Aseguradora: AT1502
No de la Póliza: 03237673 Intervención de la autoridad
Vigencia Desde: 31/01/2017 Hasta: 30/01/2018 Cobro excedente de póliza

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

LOPEZ LOPEZ
Primer Apellido Segundo Apellido
SILVA PATRICIA
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC No Documento: 1091665734
Dirección Residencia: KDX 431 400
Departamento: N. DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: OCAÑA Cod.: 498 Teléfono: 3205461108


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

DUARTE _____ ANGARTTA _____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
 JOSE _____ ALFREDO _____
 Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Tipo de Documento: Cédula de Ciudadanía _____ No Documento : 1091678448
 Dirección Residencia: BARRIO EL CARMEN _____
 Departamento: N. DE SANTANDER _____ Cod. : 54 _____
 Municipio: OCAÑA _____ Cod. : 498 _____ Teléfono : 00000 _____

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia : Remisión Orden de Servicio
 Fecha de Remisión : _____ Hora : _____
 Prestador que Remite : _____
 Código de Inscripción : _____
 Profesional que Remite : _____ Cargo : _____
 Fecha de Aceptación : _____ Hora : _____
 Prestador que Recibe : _____
 Código de Inscripción : _____
 Profesional que Recibe : _____ Cargo : _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.

Datos del Vehículo : Placa Nro. _____
 Transporte la víctima desde _____ Hasta: _____
 Tipo de transporte Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada
 Lugar donde recoge la víctima Zona _____

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso : 18/08/2017 _____ Hora : 18:33 _____ Fecha de Egreso : 18/08/2007 _____ Hora : 18:40 _____
 Código Diagnóstico principal de ingreso : K661 _____ Código Diagnóstico principal de egreso : K661 _____
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : _____
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : _____
 Nombre y Apellidos del Médico o Profesional Tratante : RODRIGUEZ JOSE LUIS _____
 Tipo de Documento : CC CE _____ PA _____ No. Documento : 88247304 _____
 No. Registro Médico : 88247304 _____

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1,213,000.00	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA		

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación.

RODOLFO ANTONIO RIVERA ROZO _____
 NOMBRE _____ FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO _____

Por lo anterior, queda desvirtuado que se trate de SUMINISTRO como mal lo indica la apoderada de la entidad demandante.

Se adjunta la carpeta de la reclamación, presentada con la entidad con los soportes de la factura de los servicios prestados, la cual se identifica con el número de la factura, quedando claro que la atención **18 de agosto de 2017, egresando este mismo día**

En cuanto a la factura IO735, tenemos:

En ella se indica un saldo por valor de \$411.600 pesos.

Esta factura corresponde a la atención prestada por la entidad al señor GUERRERO ROPERO JOSE FERNANDO, identificado con cédula 1091682145.

Ahora bien, para esta reclamación la misma y conforme el archivo anexo a la presente contestación se utilizó el SOAT AT-1502- 0346592, cuya imagen es y que fuera aportada por HOSPICLINIC con la reclamación, anexa a factura:

Asseguradora Solidaria NA 823 2265 6 LOGO											
FECHA EXPIRACIÓN AÑO MES DÍA 2017 04 11				VIGENCIA AÑO MES DÍA 2017 04 12 DEL 2018 04 11				APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR MARTINEZ CORONEL IDALIDES MARIA 3178270152			
CC 37335380				400				6679 64498			
KDX 404 640				OCAÑA				AT 1502 0346592 1			
CLASE VEHICULO MOTOCICLETA		SERVICIO PARTICULAR		CATEGORÍA TAFES 109		MODELO 2014		PLACA No. LQB67D		MARCA HONDA	
No VPI JC47E76010543		9FMJC4722EF014832		1		0,00		121		410.660	
272.700		136.350		1.610		410.660		4. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS 5. INCAPACIDAD PERMANENTE 6. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS			
BALANCE VIGENTE 410.660											

Así mismo, la institución hoy demandante, suscribió el FURIPS, requisito para la reclamación de las IPS a las ASEGURADORAS DEL SOAT, en el cual se indica:



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Fecha de Radicación: _____ RG No. Radicado: _____
No. Radicado Anterior: _____ No Factura / Cuenta de Cobro: **E - 2256320**

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
Código de Habilitación: 544980054701 NIT: 890501438-1

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

GUERRERO ROPERO
Segundo Apellido Segundo Apellido
JOSE FERNANDO
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC No Documento: 1091682145 Fecha Nacimiento: 10/04/1997 Sexo: M
Dirección Residencia: NO REPORTA
Departamento: NORTE DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: OCAÑA Cod.: 498 Teléfono: 0000000
Condición del Accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Naturales: Accidente Tránsito Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas
 Huracán Inundaciones Avalancha Deslizamiento Tierra Incendio Natural
Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate Incendio
 Ataque a Municipios Otro Cuál? _____
Dirección de Ocurrencia: ZONA PUBLICA BARRIO EL BAMBO
Fecha Evento/Accidente: 25/08/2017 Hora: 23:33
Departamento: NORTE DE SANTANDER Cód: 54
Municipio: OCAÑA Cód: 498 Zona: U
Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito:
PERSONA EN CALIDAD DE CONDUCTOR SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO PIERDE EL CONTROL DE LA MOTOCICLETA SUFRE POLITRAUMATISMO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento: Asegurado No Asegurado Vehículo Fantasma Póliza falsa Vehículo en fuga
Marca Vehículo: HONDA Placa: LQB67D
Tipo de Servicio: Particular Público Oficial Vehículo de Emergencia
 Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar Vehículo de Servicio diplomático o consular
Código de la Aseguradora: AT1502
No de la Póliza: 03465921 Intervención de la autoridad
Vigencia Desde: 12/04/2017 Hasta: 11/04/2018 Cobro excedente de póliza

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

MARTINEZ CORONEL
Primer Apellido Segundo Apellido
IDALIDES MARIA
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC No Documento: 37335390
Dirección Residencia: KDX 404 640
Departamento: NORTE DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: OCAÑA Cod.: 498 Teléfono: 3178270152



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

GUERRERO _____ ROPERO _____
Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
JOSE _____ FERNANDO _____
Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
Tipo de Documento: CC _____ No Documento: 1091679205 _____
Dirección Residencia: NO REPORTA _____
Departamento: NORTE DE SANTANDER _____ Cod. : 54 _____
Municipio: OCAÑA _____ Cod. : 498 _____ Teléfono : 00000000 _____

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia : Remisión Orden de Servicio
Fecha de Remisión : _____ Hora : _____
Prestador que Remite : _____
Código de Inscripción : _____ Cargo: _____
Profesional que Remite : _____
Fecha de Aceptación : _____ Hora : _____
Prestador que Recibe : _____
Código de Inscripción : _____ Cargo: _____
Profesional que Recibe : _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.

Datos del Vehículo : Placa Nro. _____
Transporto la víctima desde _____ Hasta: _____
Tipo de transporte Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada
Lugar donde recoge la víctima Zona _____

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso : 26/08/2017 _____ Hora : 00:03 _____ Fecha de Egreso : 31/08/2017 _____ Hora : 11:48 _____
Código Diagnóstico principal de ingreso : S727 _____ Código Diagnóstico principal de egreso : S723 _____
Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : _____
Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : _____
Nombre y Apellidos del Médico o Profesional Tratante : CONTRERAS VILA DANIEL LEONARDO _____
Tipo de Documento : CC CE _____ PA _____ No. Documento : 1094941918 _____
No. Registro Médico : 1094941918 _____

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	7,775,990.00	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA		

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, dedaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación.

JOSE MANUEL GALEANO PUENTES
NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

Así las cosas y frente a esta factura se desvirtúa que se trata de suministro como mal lo indica la apoderada de la entidad demandante.

Se adjunta la carpeta de la reclamación, presentada con la entidad con los soportes de la factura de los servicios prestados, la cual se identifica con el número de la

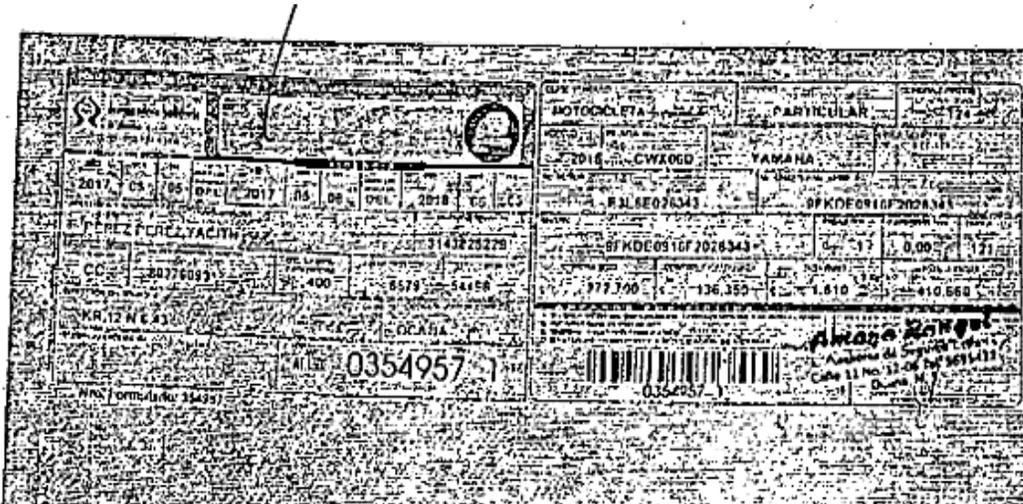
factura, quedando claro que la atención **26 de agosto de 2017, egresando el día 31 de agosto de 2017.**

EN CUANTO A LA FACTURA IO1042, Tenemos:

El valor total de la factura es de \$2.241.000, de dicho valor se indica en la demanda que se adeuda la suma de \$1.217.900.

Esta factura corresponde a la atención prestada por la entidad al señor ORTIZ ASCANIO SAMUEL YESID, identificado con cédula 9910201604.

Ahora bien, para esta reclamación la misma y conforme el archivo anexo a la presente contestación se utilizó el SOAT NÚMERO 049571, cuya imagen es y que fuera aportada por HOSPICLINIC con la reclamación, anexa a factura:



Así mismo, la institución hoy demandante, suscribió el FURIPS, requisito para la reclamación de las IPS a las ASEGURADORAS DEL SOAT, en el cual se indica:



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Fecha de Radicación: RG No. Radicado:
No. Radicado Anterior: Nro Factura / Cuenta de Cobro: E - 2273454

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES NIT: 890501438-1
Código de Habilitación: 544980054701

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

ORTIZ ASCANIO
Segundo Apellido Segundo Apellido
SAMAEL YESID
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: TI No Documento: 99102016404 Fecha Nacimiento: 20/10/1999 Sexo: M
Dirección Residencia: BARRIO 1 DE ENERO
Departamento: N. DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: EL TARRA Cod.: 250 Teléfono: 3184064514
Condición del Accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Naturales: Accidente Tránsito Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas
 Huracán Inundaciones Avalancha Deslizamiento Tierra Incendio Natural
Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate Incendio
 Ataque a Municipios Otro Cuál? _____

Dirección de Ocurrencia: ZONA PUBLICA PUENTE NUEVO DE PUENTE ROJO
Fecha Evento/Accidente: 25/09/2017 Hora: 19:00
Departamento: N. DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: EL TARRA Cod.: 250 Zona: R

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito:

PERSONA EN CALIDAD DE CONDUCTOR SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO AL COLISIONAR CON UN VEHICULO SUFRIENDO POLITRAUMATISMO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento: Asegurado No Asegurado Vehículo Fantasma Póliza falsa Vehículo en fuga
Marca Vehículo: YAMAHA Placa: CVX06D
Tipo de Servicio: Particular Público Oficial Vehículo de Emergencia
 Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar Vehículo de Servicio diplomático o consular
Código de la Aseguradora: AT1502
No de la Póliza: 03549571 Intervención de la autoridad
Vigencia Desde: 06/05/2017 Hasta: 05/05/2018 Cobro excedente de póliza

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

PEREZ PEREZ
Primer Apellido Segundo Apellido
YACITH
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC No Documento: 88276093
Dirección Residencia: KR 12 N 6 43
Departamento: NORTE DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: OCAÑA Cod.: 498 Teléfono: 3143825229


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

ORTIZ _____ ASCANIO _____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
 SANAEL _____ YESID _____
 Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Tipo de Documento: CC No Documento : 99102016404
 Dirección Residencia: EL TARRA
 Departamento: N. DE SANTANDER Cod. : 54
 Municipio: EL TARRA Cod. : 250 Teléfono : 3189064619

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia: Remisión Orden de Servicio
 Fecha de Remisión : _____ Hora : _____
 Prestador que Remite : _____
 Código de Inscripción : _____ Profesional que Remite : _____ Cargo: _____
 Fecha de Aceptación : _____ Hora : _____
 Prestador que Recibe : _____
 Código de Inscripción : _____ Profesional que Recibe : _____ Cargo: _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.

Datos del Vehículo : Placa No. _____
 Transporte la víctima desde _____ Hasta: _____
 Tipo de transporte Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada
 Lugar donde recoge la víctima Zona _____

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso : 26/09/2017 Hora : 00:57 Fecha de Egreso : 27/09/2017 Hora : 20:54
 Código Diagnóstico principal de ingreso : S202 Código Diagnóstico principal de egreso : S202
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso : S271 Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : S271
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : S061
 Nombre y Apellidos del Médico o Profesional Tratante : ROJAS ROJAS ADRIAN
 Tipo de Documento : CC CE PA No. Documento : 72348536
 No. Registro Médico : 3241

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1,338,460.00	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA		

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación.

JOSE MANUEL GALEANO PUNTES _____
 NOMBRE FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

Así las cosas y desde ya queda desvirtuado que se trata de SUMINISTRO como mal lo indica la apoderada de la entidad demandante.

Se adjunta la carpeta de la reclamación, presentada con la entidad con los soportes de la factura de los servicios prestados, la cual se identifica con el número de la factura, quedando claro que la atención **26 DE SEPTIEMBRE DE 2017 AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2017**

EN CUANTO A LA FACTURA IO747, Tenemos:

El valor total de la factura es de \$3.004.900, de dicho valor se indica en la demanda que se adeuda la suma de \$2.141.600 pesos.

Esta factura corresponde a la atención prestada por la entidad a la señora PEREZ BAYONA NUBIA CECILIA, identificada con Tarjeta de Identidad 1041976225.

Ahora bien, para esta reclamación la misma y conforme el archivo anexo a la presente contestación se utilizó el SOAT NÚMERO0323767, cuya imagen es y que fuera aportada por HOSPICLINIC con la reclamación, anexa a factura:

MOTOCICLETA PARTICULAR 114
2015 LOC310 YAMAHA
E3H4E054524 9FKKE1378F2054524
9FKKE1378F2054524 1 0.00 121
272.700 \$ 138.350 \$ 1.610 \$ 410.050
Amaya Rangol
Asociación de Seguros Ltda
Calle 11 No. 11-40 Tel. 5695422
Ocaña, N.S.

Aseguradora Solidaria
2017 01 30 DEL. 2017 01 31 DEL. 2018 01 30
GRANADOS FLOREZ MARTA CECILIA 3205461108
CC 37330821 400 6579 54498
KDX 431 400 OCAÑA
AT 502 0323767 3
Nro. Formulario: 323767

Así mismo, la institución hoy demandante, suscribió el FURIPS, requisito para la reclamación de las IPS a las ASEGURADORAS DEL SOAT, en el cual se indica:



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Fecha de Radicación : _____ RG _____ No. Radicado : _____
No. Radicado Anterior : _____ Nro Factura / Cuenta de Cobro : **IO - 747**

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social : HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS
Código de Habilitación : 545180258702 NIT : 900309444-1

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

PEREZ BAYONA
Segundo Apellido Segundo Apellido
NUBIA CECILIA
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: TI No Documento : 1041976225 Fecha Nacimiento: 10/07/2001 Sexo : F
Dirección Residencia: XXX
Departamento: N. DE SANTANDER Cod. : 54
Municipio: OCAÑA Cod. : 498 Teléfono : _____
Condición del Accidentado : Conductor Peatón Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturales : Accidente Tránsito Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas
 Huracán Inundaciones Avalancha Deslizamiento Tierra Incendio Natural
Terroristas : Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate Incendio
 Ataque a Municipios Otro ¿Cuál? _____
Dirección de Ocurrencia : ZONA PUBLICA AV CIRCUNVALAR
Fecha Evento/Accidente : 15/08/2017 Hora : 12:00
Departamento : N. DE SANTANDER Cód: 54
Municipio : OCAÑA Cód: 498 Zona : U

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito :

PERSONA EN CALIDAD DE PARRILLERO SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, PIERDE EL CONTROL DE LA MOTOCICLETA SUFRIENDO
POLITRAUMATISMO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento : Asegurado No Asegurado Vehículo Fantasma Póliza falsa Vehículo en fuga
Marca Vehículo : YAHAMA Placa : LQC31D
Tipo de Servicio : Particular Público Oficial Vehículo de Emergencia
 Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar Vehículo de Servicio diplomático o consular
Código de la Aseguradora : AT1502
No de la Póliza : 03237673 Intervención de la autoridad
Vigencia Desde : 31/01/2017 Hasta : 30/01/2018 Cobro excedente de poliza

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

LPEZ LOPEZ
Primer Apellido Segundo Apellido
SILVIA PATRICIA
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC No Documento : 1091665734
Dirección Residencia: KDX 431 400
Departamento: N. DE SANTANDER Cod. : 54
Municipio: OCAÑA Cod. : 498 Teléfono : 3205461108


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

DUARTE _____ ANGARITA _____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
 JOSE _____ ALFREDO _____
 Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Tipo de Documento: Cédula de Ciudadanía No Documento : 1091678448
 Dirección Residencia: BARRIO EL CARMEN
 Departamento: N. DE SANTANDER Cod. : 54
 Municipio: OCAÑA Cod. : 498 Teléfono : 00000000

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia : Remisión Orden de Servicio
 Fecha de Remisión : _____ Hora : _____
 Prestador que Remite : _____
 Código de Inscripción : _____
 Profesional que Remite : _____ Cargo : _____
 Fecha de Aceptación : _____ Hora : _____
 Prestador que Recibe : _____
 Código de Inscripción : _____
 Profesional que Recibe : _____ Cargo : _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.
 Datos del Vehículo : Placa Nro. _____
 Transporte la víctima desde _____ Hasta: _____
 Tipo de transporte Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada
 Lugar donde recoge la víctima Zona _____

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso : 15/08/2017 Hora : 12:53 Fecha de Egreso : 15/08/2017 Hora : 13:05
 Código Diagnóstico principal de ingreso : R940 Código Diagnóstico principal de egreso : R940
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : _____
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : _____
 Nombre y Apellidos del Médico o Profesional Tratante : AGUDELO BERRIO JUAN FERNANDO
 Tipo de Documento : CC CE PA No. Documento : 10032239
 No. Registro Médico : 66758/2011

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	3,004,900.00	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA		

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación.

RODOLFO ANTONIO RIVERA ROZO _____
 NOMBRE FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

Así las cosas y desde ya queda desvirtuado que se trata de SUMINISTRO como mal lo indica la poderada de la entidad demandante.

Se adjunta la carpeta de la reclamación, presentada con la entidad con los soportes de la factura de los servicios prestados, la cual se identifica con el número de la factura, quedando claro que la atención **15 de agosto de 2017, egresando en la misma fecha**

EN CUANTO A LA FACTURA IO1881, Tenemos:

El valor total de la factura es de \$863.300, de dicho valor se indica en la demanda que se adeuda la suma de \$471.700 pesos.

Esta factura corresponde a la atención prestada por la entidad a la señora **MARIANA ALBA BAYONA**, identificada con cédula de ciudadanía número 37318514.

Ahora bien, para esta reclamación la misma y conforme el archivo anexo a la presente contestación se utilizó el SOAT NÚMERO 0174329, cuya imagen es y que fuera aportada por HOSPICLINIC con la reclamación, anexa a factura:

		CUACEY: 63040 SERVICIO: MOTOCICLETA CATEGORÍA: PARTICULAR CLASIFICACIÓN: 114	
AÑO: 2014 PLACA No.: CXB65D MARCA: YAMAHA AÑO VEHICULO: 1116		No. MOTOR: E3H4E040661 No. CHASIS IN. SER.: 9FKKE1371E2040661	
AÑO: 2017 MES: 08 DIA: 03 INTER CAL: 2017 MES: 08 DIA: 04 INTER CAL: 2018 MES: 08 DIA: 03		No. VIN: 9FKKE1371E2040661 PAGA: 2 CAPACIDAD: 0,00 TAPPA: 121	
NOMBRE DEL TOMADOR: QUINTERO SANCHEZ YULIETH CRISTINA No. DOCUMENTO TOMADOR: CC 1091672880 COD. LUGAR EXPEDICIÓN: 360 SUPLENTE: 6679 OTRAS EXPEDICIÓN: 54498		PRIMA SOAT: \$ 272.700 CONTRIBUCIÓN FISCAL: \$ 136.350 TASA ROL: \$ 1.610 TOTAL PAGA: \$ 410.660	
DISTRITO DEL TOMADOR: BARRIO LAS MERCEDES KDX 277 - 480 MUNICIPIO DEL TOMADOR: OCAÑA		A. GASTOS MEDICINA QUIRURGICAL, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS: 800 B. PACIFICACION PERMANENTE: 180 C. HONORARIO Y GASTOS PREFERENCIALES: 780 D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS:	
No. PLACA POLICIA No.: AT 1502 No. Formulario: 174329		0174329 1 ASSECORES de Seguro PUNTO PROMOCION TEL: 800 47 31 - Fax: 350 64 22 PUNTO PROMOCION	

Así mismo, la institución hoy demandante, suscribió el FURIPS, requisito para la reclamación de las IPS a las ASEGURADORAS DEL SOAT, en el cual se indica:

	
REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO PERSONAS JURIDICAS - FURIPS	
Fecha de Radicación: <input type="text"/>	RG <input type="text"/>
No. Radicado Anterior: <input type="text"/>	No. Radicado: <input type="text"/>
Nro Factura / Cuenta de Cobro: E - 2305184	
I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	
Razón Social: E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
Código de Habilitación: 544580054/01	NET: 890501438-1
II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
ALBA	BAYONA
Segundo Apellido	Segundo Apellido
MARIANA	
Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC	No Documento: 37318514
Fecha Nacimiento: 01/06/1960	Sexo: F
Dirección Residencia: KDK 01G 120 BARRIO CUESTA BLANCA	
Departamento: NORTE DE SANTANDER	Cod.: 54
Municipio: OCAÑA	Cod.: 498
Teléfono: 3133120930	
Condición del Accidentado: <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Peatón <input checked="" type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Ciclista	
III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO	
Naturales: <input checked="" type="checkbox"/> Accidente Tránsito <input type="checkbox"/> Sismo <input type="checkbox"/> Maremoto <input type="checkbox"/> Erupciones Volcánicas	
<input type="checkbox"/> Huracán <input type="checkbox"/> Inundaciones <input type="checkbox"/> Avalancha <input type="checkbox"/> Deslizamiento Tierra <input type="checkbox"/> Incendio Natural	
Terroristas: <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Masacre <input type="checkbox"/> Mina Antipersonal <input type="checkbox"/> Combate <input type="checkbox"/> Incendio	
<input type="checkbox"/> Ataque a Municipios <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> Cuál?	
Dirección de Ocurrencia: ZONA PUBLICA BARRIO LAS MERCEDES	
Fecha Evento/Accidente: 20/11/2017	Hora: 13:36
Departamento: NORTE DE SANTANDER	Cód: 54
Municipio: OCAÑA	Cód: 498
Zona: U	
Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito: PERSONA EN CALIDAD DE PARRILLERA SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA EN LA MOTO AL DAR LA CURVA LA CALLE TENIA UN RESALTO Y PIERDE EL EQUILIBRIO Y CAE SUFRE POLITRAUMATISMO.	
IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
Estado de Aseguramiento: <input checked="" type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> No Asegurado <input type="checkbox"/> Vehículo Fantasma <input type="checkbox"/> Póliza falsa <input type="checkbox"/> Vehículo en fuga	
Marca Vehículo: YAMAHA	Placa: OXB65D
Tipo de Servicio: <input checked="" type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/> Vehículo de Emergencia	
<input type="checkbox"/> Vehículo de transporte masivo <input type="checkbox"/> Vehículo escolar <input type="checkbox"/> Vehículo de Servicio diplomático o consular	
Código de la Aseguradora: AT1502	
No de la Póliza: 01743291	Intervención de la autoridad <input type="checkbox"/>
Vigencia Desde: 04/08/2017	Hasta: 03/08/2017
Cobro excedente de póliza <input type="checkbox"/>	
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO	
QUINTERO	SANCHEZ
Primer Apellido	Segundo Apellido
YULIETH	CRISTINA
Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC	No Documento: 1091672860
Dirección Residencia: BARRIO LAS MERCEDES KDX 277 480	
Departamento: NORTE DE SANTANDER	Cod.: 54
Municipio: OCAÑA	Cod.: 498
Teléfono: 3187902027	

EN CUANTO A LA FACTURA IO2750, Tenemos:

El valor total de la factura es de \$1.291.700, de dicho valor se indica en la demanda que se adeuda la suma de \$880.100.

Esta factura corresponde a la atención prestada por la entidad al señor RIOS SILVA JOHAN RICARDO, identificada con cédula de ciudadanía número 1003257585.

Ahora bien, para esta reclamación la misma y conforme el archivo anexo a la presente contestación se utilizó el SOAT NÚMERO 04095700, de la cual en la reclamación no fue aportada copia.

Así mismo, la institución hoy demandante, suscribió el FURIPS, requisito para la reclamación de las IPS a las ASEGURADORAS DEL SOAT, en el cual se indica:

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO PERSONAS JURIDICAS - FURIPS	
Fecha de Radicación: [] RG []	No. Radicado: []
No. Radicado Anterior: []	Nro Factura / Cuenta de Cobro: IO - 2750
I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	
Razón Social: HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS	NIT: 900309444-1
Código de Habilitación: 544980258701	
II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
RIOS SILVA	
Segundo Apellido: SILVA	Segundo Apellido: LIBARDO
JOHAN	LIBARDO
Primer Nombre: JOHAN	Segundo Nombre: LIBARDO
Tipo de Documento: CC	No Documento: 1003257585
Fecha Nacimiento: 17/11/1992	Sexo: M
Dirección Residencia: SAN ISIDRO	
Departamento: CESAR	Cod.: 54
Municipio: GONZALEZ	Cod.: 498
Teléfono: 3206258709-3142189483	
Condición del Accidentado: <input checked="" type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Ciclista	
III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
Naturales: <input checked="" type="checkbox"/> Accidente Tránsito <input type="checkbox"/> Sismo <input type="checkbox"/> Maremoto <input type="checkbox"/> Erupciones Volcánicas	
<input type="checkbox"/> Huracán <input type="checkbox"/> Inundaciones <input type="checkbox"/> Avalancha <input type="checkbox"/> Deslizamiento Tierra <input type="checkbox"/> Incendio Nat	
Terroristas: <input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Masacre <input type="checkbox"/> Mina Antipersonal <input type="checkbox"/> Combate <input type="checkbox"/> Incendio	
<input type="checkbox"/> Ataque a Municipios <input type="checkbox"/> Otro	Cuál? []
Dirección de Ocurrencia: ZONA PUBLICA VIA ENTRE GONZALEZ Y OCANA	
Fecha Evento/Accidente: 02/01/2018	Hora: 17:36
Departamento: CESAR	Cód: 20
Municipio: GONZALEZ	Cód: 310
Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito: PERSONA EN CALIDAD DE CONDUCTOR QUE SE MOVILIZA EN MOTO DE PLACAS XCY94 SUFRE ACCIDENTE AL COLISIONAR CON UN VEHICULO SUPRIENDO POLITRAUMATISMO	
IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
Estado de Aseguramiento: <input checked="" type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> No Asegurado <input type="checkbox"/> Vehículo Fantasma <input type="checkbox"/> Póliza Pasada <input type="checkbox"/> Vehículo en fuga	
Marca Vehículo: YAMAHA	Placa: XCY94
Tipo de Servicio: <input checked="" type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/> Vehículo de Emergencia	
<input type="checkbox"/> Vehículo de transporte masivo <input type="checkbox"/> Vehículo escolar	<input type="checkbox"/> Vehículo de servicio diplomático o consular
Código de la Aseguradora: AT1502	
No de la Póliza: 04095700	
Vigencia Desde: 02/12/2017	Hasta: 01/12/2018
Intervención de la autoridad <input type="checkbox"/>	
Cobro excedente de póliza <input type="checkbox"/>	
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO	
ACEVEDO DELCABO	
Primer Apellido: ACEVEDO	Segundo Apellido: AUGUSTO
CARLOS	
Primer Nombre: CARLOS	Segundo Nombre: AUGUSTO
Tipo de Documento: CC	No Documento: 88003359
Dirección Residencia: CRA 15 N 12 40 BARRIO HACARITAMA	
Departamento: N. DE SANTANDER	Cod.: 54
Municipio: OCAÑA	Cod.: 498
Teléfono: 3152492535	



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

RIOS		SILVA	
Primer Apellido	JOHAN	Segundo Apellido	LIBARDO
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía	No Documento:	1003257585
Dirección Residencia:	SAN ISIDRO		
Departamento:	CESAR	Cod.:	20
Municipio:	GONZALEZ	Cod.:	310
		Teléfono:	3142189483

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia:	Remisión <input type="checkbox"/>	Orden de Servicio <input type="checkbox"/>		
Fecha de Remisión:			Hora:	
Prestador que Remite:				
Código de Inscripción:				
Profesional que Remite:			Cargo:	
Fecha de Aceptación:			Hora:	
Prestador que Recibe:				
Código de Inscripción:				
Profesional que Recibe:			Cargo:	

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.

Datos del Vehículo: Placa Nro.				
Transporto la víctima desde			Hasta:	
Tipo de transporte	Ambulancia Básica <input type="checkbox"/>	Ambulancia Medicalizada	<input checked="" type="checkbox"/>	
Lugar donde recoge la víctima	Zona			

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso:	02/01/2018	Hora:	21:20	Fecha de Egreso:	02/01/2018	Hora:	21:30
Código Diagnóstico principal de Ingreso:	R940	Código Diagnóstico principal de Egreso:	R940				
Otro Código Diagnóstico de Ingreso:				Otro Código Diagnóstico principal de Egreso:			
Otro Código Diagnóstico de Ingreso:				Otro Código Diagnóstico principal de Egreso:			
Nombre y Apellidos del Médico o Profesional Tratante:	RODRIGUEZ JOSE LUIS						
Tipo de Documento:	REC <input checked="" type="checkbox"/>	CE	PA	No. Documento:	88247304		
				No. Registro Médico:	1456/2005		

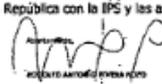
X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1,291,700.00	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA		

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación.

RODOLFO ANTONIO RIVERA ROZO
NOMBRE


FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

Así las cosas y desde ya queda desvirtuado que se trata de SUMINISTRO como mal lo indica la apoderada de la entidad demandante.

Se adjunta la carpeta de la reclamación, presentada con la entidad con los soportes de la factura de los servicios prestados, la cual se identifica con el número de la factura, quedando claro que la atención **2 DE ENERO DE 2018, EGRESANDO EL MISMO DÍA**

LA FACTURA IO919

El valor total de la factura es de \$1.291.700, de dicho valor se indica en la demanda que se adeuda la suma de \$880.100.

Esta factura corresponde a la atención prestada por la entidad al señor URIBE SANJUAN HILIAN, identificada con cédula de ciudadanía número 1091680279.

Ahora bien, para esta reclamación la misma y conforme el archivo anexo a la presente contestación se utilizó el SOAT NÚMERO 0164751, de la cual en la reclamación fue aportada la siguiente copia.

		CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA SERVIDO: PARTICULAR CLASIFICACION: 116	
MODELO: 2017 PLACA NO.: KAC46D MARCA: YAMAHA LINEA MOTOR: 7118		No. MOTOR: E3H4E077294 No. CHUSCADA AFRE: 9FKKE1373H2077294	
FECHA EXPIRACION: 2017 07 01 VIGENCIA: 2017 07 02 DEL 2018 07 01		No. VEHICULO: 9FKKE1373H2077294 PASAJEROS: 1 OTRAS CARGAS: 0,00 TAXA: 129	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TITULAR: CHINCHILLA CORONEL CARLOS FERNAND TELEFONO TITULAR: 3116471278		No. IDENTIFICACION DEL TITULAR: 1064840036 No. DOCUMENTO TITULAR: 400 CATEGORIA: 667E CATEGORIA: 6448B	
DIRECCION DEL TITULAR: BR SAN FERMIN CIUDAD RESIDENCIA TITULAR: OCAÑA		FORMA SOAT: \$ 272.700 CONTRIBUCION FISCAL: \$ 136.350 TASA RACT: \$ 1.610 TOTAL A PAGAR: \$ 410.660	
REEMPLAZA POLIZA: AT 1502 0164751 6		Aseguradora de Seguros Ltda Calle 11 No. 2196 Tel. 5593422 C.A. SAN S.	

Nro. Formulario: 164751

Así mismo, la institución hoy demandante, suscribió el FURIPS, requisito para la reclamación de las IPS a las ASEGURADORAS DEL SOAT, en el cual se indica:



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

Fecha de Radicación: RG No. Radicado:
No. Radicado Anterior: Nro Factura / Cuenta de Cobro:

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
Código de Habilitación: 544980054701 NIT: 890501438-1

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

URIBE SANJUAN
Segundo Apellido Segundo Apellido
MILIAN Segundo Nombre
Primer Nombre
Tipo de Documento: CC No Documento: 1091680279 Fecha Nacimiento: 01/10/1997 Sexo: F
Dirección Residencia: BARRIO SAN FERMIN
Departamento: NORTE DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: OCAÑA Cod.: 498 Teléfono: 3204821187
Condición del Accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturales: Accidente Tránsito Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas
 Huracán Inundaciones Avalancha Deslizamiento Tierra Incendio Natural
Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate Incendio
 Ataque a Municipios Otro Cuál?:
Dirección de Ocurrencia: ZONA PUBLICA AVENIDA LA CIRCUNVALAR
Fecha Evento/Accidente: 17/09/2017 Hora: 18:30
Departamento: NORTE DE SANTANDER Cód.: 54
Municipio: OCAÑA Cód.: 498 Zona: U
Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito:
PERSONA EN CALIDAD DE CONDUCTOR SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO AL COLISIONAR CONTRA UNA MOTO Y SUFRE POLITRAUMATISMO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento: Asegurado No Asegurado Vehículo Fantasma Póliza falsa Vehículo en fuga
Marca Vehículo: YAMAHA Placa: KAC46D
Tipo de Servicio: Particular Público Oficial Vehículo de Emergencia
 Vehículo de transporte másivo Vehículo escolar Vehículo de Servicio diplomático o consular
Código de la Aseguradora: AT1502
No de la Póliza: 01647516 Intervención de la autoridad
Vigencia Desde: 02/07/2017 Hasta: 01/07/2018 Cobro excedente de póliza

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CHINCHILLA CORONEL
Primer Apellido Segundo Apellido
CARLOS FERNANDO
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC No Documento: 1064840036
Dirección Residencia: BARRIO SAN FERMIN
Departamento: NORTE DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: OCAÑA Cod.: 498 Teléfono: 3116471278



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

URIBE SANJUAN
 Primer Apellido Segundo Apellido

HILIAN Segundo Nombre
 Primer Nombre

Tipo de Documento: CC No Documento : 1091680279

Dirección Residencia: BARRIO SAN FERMIN

Departamento: NORTE DE SANTANDER Cod. : 54

Municipio: OCAÑA Cod. : 498 Teléfono : 3204821287

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia : Remisión Orden de Servicio

Fecha de Remisión : _____ Hora : _____

Prestador que Remite : _____

Código de Inscripción : _____

Profesional que Remite : _____ Cargo : _____

Fecha de Aceptación : _____ Hora : _____

Prestador que Recibe : _____

Código de Inscripción : _____

Profesional que Recibe : _____ Cargo : _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.

Datos del Vehículo : Placa Nro. _____

Transporte la víctima desde _____ Hasta: _____

Tipo de transporte Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada

Lugar donde recoge la víctima Zona _____

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso : 17/09/2017 Hora : 20:01 Fecha de Egreso : 18/09/2017 Hora : 11:13

Código Diagnóstico principal de ingreso : T07X Código Diagnóstico principal de egreso : T07X

Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : _____

Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : _____

Nombre y Apellidos del Médico o Profesional Tratante : ALSINA TAMAYO ELKIN FABIAN

Tipo de Documento : CC CE PA No. Documento : 13176622

No. Registro Médico : 3247

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	592,690.00	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA		

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Financiero del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación.

JOSE MANUEL GALEANO PUENTES _____
 NOMBRE FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

Así las cosas y desde ya queda desvirtuado que se trata de SUMINISTRO como mal lo indica la apoderada de la entidad demandante.

Se adjunta la carpeta de la reclamación, presentada con la entidad con los soportes de la factura de los servicios prestados, la cual se identifica con el número de la factura, quedando claro que la atención 17 DE SEPTIEMBRE DE 2017 AL 19 DE SEPTIEMBRE DE 2017.

La factura IO2003, de ella se debe tener en cuenta:

El valor total de la factura es de \$1.291.700, de dicho valor se indica en la demanda que se adeuda la suma de \$880.100.

Esta factura corresponde a la atención prestada por la entidad a la señora TORRES DIAZ DARLY LORAINY, identificada con cédula de ciudadanía número 1092672734.

Ahora bien, para esta reclamación la misma y conforme el archivo anexo a la presente contestación se utilizó el SOAT NÚMERO 0391433, de la cual en la reclamación no fue aportada copia.

Así mismo, la institución hoy demandante, suscribió el FURIPS, requisito para la reclamación de las IPS a las ASEGURADORAS DEL SOAT, en el cual se indica:



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

Fecha de Radicación: _____ RG _____ No. Radicado: _____
No. Radicado Anterior: _____ Nro Factura / Cuenta de Cobro: **IO - 2003**

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS
Código de Habilitación: 544980258701 NIT: 900309444-1

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

TORRES _____ DIAZ _____
Segundo Apellido Segundo Apellido
DARLY _____ LORAINY _____
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: RC No Documento: 1092672734 Fecha Nacimiento: 06/03/2014 Sexo: F
Dirección Residencia: CALLE 11 24 38 BARRIO EL PLAYON
Departamento: N. DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: CONVENCION Cod.: 498 Teléfono: 3202791284
Condición del Accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Naturales: Accidente Tránsito Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas
 Huracán Inundaciones Avalancha Deslizamiento Tierra Incendio Natural
Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate Incendio
 Ataque a Municipios Otro Cuál? _____
Dirección de Ocurrencia: VEREDA LAS AJUNTAS
Fecha Evento/Accidente: 29/11/2017 Hora: 17:24
Departamento: N. DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: HACARI Cod.: 344 Zona: U

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito:
PERSONA EN CALIDAD DE PEATON SUFRE ACCIDENTE DE TRÁNSITO CUANDO CRUZABA POR CARRETERA LA LEVANTO UNA MOTO Y LE ABRIO LA CABEZA LA MOTOCICLETA ES DE MARCA YAMAHA CON PLACAS SSX10D

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento: Asegurado No Asegurado Vehículo Fantasma Póliza falsa Vehículo en fuga
Marca Vehículo: YAMAHA Placa: SSX10D
Tipo de Servicio: Particular Público Oficial Vehículo de Emergencia
 Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar Vehículo de Servicio diplomático o consular
Código de la Aseguradora: AT1502
No de la Póliza: 03914330 Intervención de la autoridad
Vigencia Desde: 03/06/2017 Hasta: 02/06/2018 Cobro excedente de póliza

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

AREVALO _____ NAVARRO _____
Primer Apellido Segundo Apellido
BRAYLEY _____
Primer Nombre Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC No Documento: 1091660627
Dirección Residencia: PLAZA MERCADO HACARI
Departamento: N. DE SANTANDER Cod.: 54
Municipio: HACARI Cod.: 344 Teléfono: 3133102377


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

ARMENTA _____ LOZANO _____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
 DAMIAN _____ JOSE _____
 Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Tipo de Documento: Cédula de Ciudadanía No Documento: 1063562683
 Dirección Residencia: BARRIO 7 DE AGOSTO
 Departamento: N. DE SANTANDER Cod. : 54
 Municipio: HACARI Cod. : 344 Teléfono : 3138125626

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia : Remisión Orden de Servicio
 Fecha de Remisión : _____ Hora : _____
 Prestador que Remite : _____
 Código de Inscripción : _____
 Profesional que Remite : _____ Cargo : _____
 Fecha de Aceptación : _____ Hora : _____
 Prestador que Recibe : _____
 Código de Inscripción : _____
 Profesional que Recibe : _____ Cargo : _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Dirigida únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.
 Datos del Vehículo : Placa Nro. _____
 Transporte la víctima desde _____ Hasta: _____
 Tipo de transporte Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada
 Lugar donde recoge la víctima Zona _____

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso : 29/11/2017 Hora : 23:01 Fecha de Egreso : 29/11/2017 Hora : 23:11
 Código Diagnóstico principal de Ingreso : R940 Código Diagnóstico principal de Egreso : R940
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : _____
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : _____
 Nombre y Apellidos del Médico o Profesional Tratante : RODRIGUEZ PEREZ ALEXANDRA
 Tipo de Documento : CC CE PA No. Documento : 52084470
 No. Registro Médico : 26/97

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL POSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	411,600.00	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION		

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por el Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación.

RODOLFO ANTONIO RIVERA BOZO
 NOMBRE: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

Así las cosas y desde ya queda desvirtuado que se trata de SUMINISTRO como mal lo indica la apoderada de la entidad demandante.



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
 FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
 PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
 PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Fecha de Radicación : RG No. Radicado :
 No. Radicado Anterior : Nro Factura / Cuenta de Cobro : 10 - 10926

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social : HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS
 Código de Habilitación : 544980258701 NIT : 900309444-1

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

TORRADO Segundo Apellido ROSA Segundo Apellido
 EMILIA Primer Nombre ROSA Segundo Nombre
 Tipo de Documento: CC No Documento : 37322504 Fecha Nacimiento: 29/10/1967 Sexo : M F
 Dirección Residencia: BARRIO CANAVERAL
 Departamento: N. DE SANTANDER Cod. : 54
 Municipio: OCAÑA Cod. : 498 Teléfono : 3168440018
 Condición del Accidentado : Conductor Peatón Ocupante Chofer

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturales : Accidente Tránsito Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas
 Huracán Inundaciones Avalancha Deslizamiento Tierra Incendio Natural
 Terroristas : Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate Incendio
 Ataque a Municipios Otro Cuál? _____
 Dirección de Ocurrencia : ZONA PUBLICA BARRIO EL DORADO
 Fecha Evento/Accidente : 22/03/2017 Hora : 11:46
 Departamento : N. DE SANTANDER Cód: 54
 Municipio : OCAÑA Cód: 498 Zona : _____ U

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito :
 PERSONA EN CALIDAD DE DE CONDUCTOR SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO PIERDE EL EQUILIBRIO DE LA MOTOCICLETA SUFRE POLITRAUMATISMO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento : Asegurado No Asegurado Vehículo Fantasma Póliza falsa Vehículo en fuga
 Marca Vehículo : SUZUKI Placa : HZW20
 Tipo de Servicio : Particular Público Oficial Vehículo de Emergencia
 Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar Vehículo de Servicio diplomático o consular
 Código de la Aseguradora : AT1502
 No de la Póliza : 02361203 Intervención de la autoridad
 Vigencia Desde : 21/06/2016 Hasta : 20/06/2017 Cobro excedente de póliza

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

GUERRERO Primer Apellido TRILLO Segundo Apellido
 EDILIA Primer Nombre ROSA Segundo Nombre
 Tipo de Documento: CC No Documento : 37367925
 Dirección Residencia: CL 1 N 10 81
 Departamento: N. DE SANTANDER Cod. : 54
 Municipio: OCAÑA Cod. : 498 Teléfono : 3155794364





REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
 FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
 PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
 PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

TORRADO
 Primer Apellido Segundo Apellido
 EDILMA ROSA
 Primer Nombre Segundo Nombre
 Tipo de Documento: CC No Documento: 37322504
 Dirección Residencia: BARRIO CAÑAVERAL CRA 29 10 42
 Departamento: NORTE DE SANTANDER Cod.: 54
 Municipio: OCAÑA Cod.: 498 Teléfono: 3168440018

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia: Remisión Orden de Servicio
 Fecha de Remisión: _____ Hora: _____
 Prestador que Remite: _____
 Código de Inscripción: _____ Cargo: _____
 Profesional que Remite: _____
 Fecha de Aceptación: _____ Hora: _____
 Prestador que Recibe: _____
 Código de Inscripción: _____ Cargo: _____
 Profesional que Recibe: _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.

Datos del Vehículo: Placa/Nro. _____ Hasta: _____
 Transporte la víctima desde _____
 Tipo de transporte Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada
 Lugar donde recoge la víctima Zona _____

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso: 22/03/2017 Hora: 12:30 Fecha de Egreso: 22/03/2017 Hora: 16:29
 Código Diagnóstico principal de ingreso: S800 Código Diagnóstico principal de Egreso: S800
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso: _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso: _____
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso: _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso: _____
 Nombre y Apellidos del Médico o Profesional Tratante: VERA HERRERA MICHEL ANGELO
 Tipo de Documento: CC CE PA No. Documento: 1032375367
 No. Registro Médico: 54-10592013

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOS Y FONOS
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	276,690.00	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA		

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en el presente formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Financiero del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y la aseguradora Fosyga, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación.

JOSE MANUEL GALEANO PUNTES
 NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO




REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

RIOS SILVA
 Primer Apellido Segundo Apellido
 JOHAN LIBARDO
 Primer Nombre Segundo Nombre
 Tipo de Documento: Cédula de Ciudadanía No Documento: 1003257585
 Dirección Residencia: SAN ISIDRO
 Departamento: CESAR Cod.: 20
 Municipio: GONZALEZ Cod.: 310 Teléfono: 3142189483

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia: Remisión Orden de Servicio
 Fecha de Remisión: _____ Hora: _____
 Prestador que Remite: _____
 Código de Inscripción: _____
 Profesional que Remite: _____ Cargo: _____
 Fecha de Aceptación: _____ Hora: _____
 Prestador que Recibe: _____
 Código de Inscripción: _____
 Profesional que Recibe: _____ Cargo: _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera TPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.

Datos del Vehículo: Placa Nro. _____ Hasta: _____
 Transporte la víctima desde _____
 Tipo de transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada
 Lugar donde recoge la víctima: Zona _____

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

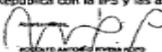
Fecha de Ingreso: 02/01/2018 Hora: 21:20 Fecha de Egreso: 02/01/2018 Hora: 21:30
 Código Diagnóstico principal de Ingreso: R940 Código Diagnóstico principal de Egreso: R940
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso: _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso: _____
 Otro Código Diagnóstico de Ingreso: _____ Otro Código Diagnóstico principal de Egreso: _____
 Nombre y Apellidos del Médico o Profesional Tratante: RODRIGUEZ JOSE LUIS
 Tipo de Documento: CC CE PA No. Documento: 88247304
 No. Registro Médico: 1456/2005

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL POSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1,291,700.00	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA		

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación.

RODOLFO ANTONIO RIVERA ROZO 
 NOMBRE FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

Así las cosas y desde ya queda desvirtuado que se trata de SUMINISTRO como mal lo indica la apoderada de la entidad demandante.

Se adjunta la carpeta de la reclamación, presentada con la entidad con los soportes de la factura de los servicios prestados, la cual se identifica con el número de la factura, quedando claro que la atención **22 de marzo de 2017, egresando el mismo día.**

De lo indicado con anterioridad es prioritario para la presente excepción realizar el siguiente resumen de fechas importantes como lo es la fecha de atención y egreso del paciente:

Factura	Fecha de atención	Fecha de Egreso
IO725	27 DE AGOSTO DE 2017	27 DE AGOSTO DE 2017
IO748	18 DE AGOSTO DE 2017	18 DE AGOSTO DE 2017
IO735	26 DE AGOSTO DE 2017	31 DE AGOSTO DE 2017
IO747	15 DE AGOSTO DE 2017	15 DE AGOSTO DE 2017
IO1881	20 DE NOVIEMBRE DE 2017	22 DE NOVIEMBRE DE 2017
IO919	17 DE SEPTIEMBRE DE 2017	19 DE SETIEMBRE DE 2019
IO2003	29 DE NOVIEMBRE DE 2017	29 DE NOVIEMBRE DE 2017
IO10926	2 DE ENERO DE 2018	2 DE ENERO DE 2018

Ahora bien, con base en lo indicado paso a traer a colación las normas que regulan la prescripción en materia de seguros:

La primera es el artículo 1081 del código de comercio que indica:

“(...) ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes. (...)”

La segunda contenida en el decreto 780 de 2016, sector salud. El cual en sus artículos 2.6.1.4.2.5 y 2.6.1.4.1, regula la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de SOAT, de la siguiente manera:

ARTÍCULO 2.6.1.4.2.5. *Término para presentar las reclamaciones.* Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a). Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;

b). Ante la compañía aseguradora que corresponda, **en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio. (Negrilla ajena al texto)**

SECCIÓN 4.

OTRAS CONDICIONES GENERALES DEL SOAT

ARTÍCULO 2.6.1.4.4.1. *Condiciones del SOAT.* Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

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

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

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

Como se aprecia de lo enunciado la prescripción corre desde la fecha de prestación del servicio, pues ella es la fecha en que la institución de servicios de SALUD, conoce o debió conocer su derecho a la indemnización.

Así las cosas y como es claro con las fechas de atención de los pacientes, la fecha de prescripción para cada una de las facturas es la siguiente:

Factura	Fecha de atención	Fecha de Egreso	Prescripción Ordinaria de 2 años.
IO725	27 DE AGOSTO DE 2017	27 DE AGOSTO DE 2017	28 de agosto de 2019
IO748	18 DE AGOSTO DE 2017	18 DE AGOSTO DE 2017	19 de agosto de 2019
IO735	18 DE AGOSTO DE 2017	26 DE AGOSTO DE 2017	31 de agosto de 2019
IO747	15 DE AGOSTO DE 2017	15 DE AGOSTO DE 2017	16 de agosto de 2019
IO1881	20 DE NOVIEMBRE DE 2017	22 DE NOVIEMBRE DE 2017	22 de noviembre de 2019
IO919	17 DE SEPTIEMBRE DE 2017	19 DE SETIEMBRE DE 2017	20 de septiembre de 2019
IO2003	29 DE NOVIEMBRE DE 2017	29 DE NOVIEMBRE DE 2017	30 DE NOVIEMBRE DE 2019
IO10926	2 DE ENERO DE 2018	2 DE ENERO DE 2018	3 de enero de 2020

Ahora bien, conforme el acta de reparto de la ciudad de Cúcuta, ciudad donde se presenta inicialmente la demanda, la misma se radicó el día 11 de noviembre de 2020, es decir por fuera de los dos años de la norma en cita, es claro que LA ENTIDAD HOSPICLINIC, tiene conocimiento desde la propia atención bajo los seguros SOAT mencionados.

Así las cosas y teniendo en cuenta que, en los términos del artículo 1081 del código de comercio HOSPICLINIC, tuvo o debió conocer del derecho a facturar los servicios médicos prestados desde la fecha de egreso de cada paciente, es decir y en los términos de la prescripción ordinaria, **“La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.”** Esto es el egreso del paciente, ha de verse que todas las reclamaciones a la fecha se encuentran prescritas.

Agradezco al señor JUEZ decretar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, de forma anticipada como lo establece el artículo

278 del Código General del Proceso, condenando en costas a la parte demandante.

2. PAGO CON RESPECTO A LA FACTURA IO2003

Se indica y solicita en la demanda el pago de la factura

Pago realizado a la factura:

FACTURA	FACTURA PREFIJO	N° SINIESTRO	NOMBRE DE LA VICTIMA	TIPO Y N° DOC
20038	IO2003_8	3001760	DARLY LORAINY TORRES DIAZ	RC 1092672734

HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS 9003094441	007 BANCOLOMBIA	81682104974 Cuenta Corriente	\$400.075,00	0100300902	Activo	100300902	Procesado	Transaccion Procesada Exitosamente
004	007	81682104974	\$400.075,00	0100300902	Activo	100300902	Procesado	Transaccion Procesada Exitosamente

Sobre la factura cotada y conforme los registros contables de la aseguradora se encuentra que de la misma se realizó un pago en cuantía de \$400.075, a través del Banco de Colombia, conforme la imagen que se copia del sistema de mi representada, cifra que deberá ser tenida en cuenta por el despacho, adicional a la prescripción alegada.

3. COBRO DE LO NO DEBIDO

En este punto, ha de ver el despacho lo siguiente:

En primer lugar y como se demostró en la excepción de prescripción, lo que se pretende cobrar en el presente proceso con las facturas allegadas al expediente, son servicios prestados bajo pólizas de SOAT.

Lo anterior, nos lleva a realizar varias precisiones:

En materia de servicios de salud a través de pólizas de SOAT, una vez presentada la reclamación, al asegurador puede proceder al pago o glosar la reclamación total o parcialmente.

Como se indica en la demanda, lo que se cobra son saldos de las facturas y ello obedece a GLOSAS, que mi re presentada realizó a ciertos servicios prestados, por

no ser los mismos precedentes, acorde con las condiciones del paciente, y que conlleva a la no pertinencia de los servicios prestados.

Al respecto de la glosa debemos tener en cuenta:

Señor JUEZ., el ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS UNIFICACION Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009, define las glosas y devoluciones así como su tratamiento, en dicho anexo técnico citado se define: "(...)

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Devolución: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.

Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado.

La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma. (...)” Por su parte la ley 1438 de 2011, en su artículo 57 dispone:

“(..) ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación.

La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de

servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago. Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas. Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago. (...)"

La GLOSA de cada factura

Así las cosas, tenemos con respecto a cada una de las facturas:

NÚMERO DE FACTURAS	FECHA FACTURA	FECHA DE RADICADO	VALOR SALDO
IO725	30/08/2017	02/10/2017	947,000
IO748	31/08/2017	02/10/2017	134,100
IO735	30/08/2017	20/11/2017	411,600
IO1042	27/09/2017	20/11/2017	1,217,900
IO747	30/08/2017	12/01/2018	2,141,600

IO1881	21/11/2017	20/01/2018	451,700
IO2750	24/01/2018	16/02/2018	880,100
IO919	18/09/2017	27/12/2018	411,600
IO2003	30/11/2017	11/01/2019	411,600
IO10926	30/04/2019	06/08/2019	845,900
			7,853,100

En cuanto a la factura IO725, el saldo del cual se pretende realizar el cobro, es un valor glosado por mi representada, el mismo corresponde a:

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Glosado	Liquidado
1	21701	CRANEO SIMPLE		100%	411,600	0	411,600
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)		100%	451,700	0	451,700
1	21708	COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (HASTA TRES ESPACIOS)	NO SE RECONOCE 21708 TOMOGRAFIA NO PERTINENTE DE ACUERDO A LAS LESIONES SECUNDARIAS AL ACCIDENTE DE TRANSITO, SIN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS PREVIOS CON LESION A ESTE NIVEL QUE JUSTIFIQUE LA TOMA DE UNA TAC.	100%	383,100	383,100	0
1	21712	TORAX		100%	428,400	0	428,400
1	21715	ABDOMEN TOTAL	NO SE RECONOCE 21715 TOMOGRAFIA NO PERTINENTE DE ACUERDO A LAS LESIONES SECUNDARIAS AL ACCIDENTE DE TRANSITO, SIN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS PREVIOS CON LESION A ESTE NIVEL QUE JUSTIFIQUE LA TOMA DE UNA TAC.	100%	563,900	563,900	0

1001	Cobrado	2,238,700
1002	Glosado	947,000
1003	Liquidado	1,291,700

Así las cosas, el valor de 947.000. que se pretende cobrar esta glosado por "NO SE PERTINENTE DE ACUERDO A LAS LESIONES"

A la fecha no se ha levantado dicha glosa ni se ha demostrado por parte de la institución la pertinencia de dicho examen de TOMOGRAFIA, y de hacerse a la fecha, ha de tenerse en cuenta que la obligación está prescrita.

La factura I0748

En cuanto a esta factura el valor glosado de 134100, corresponde a:

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Glosado	Liquidado
1	77702	SUMINISTROS		100%	193,700	0	193,700
1	77710	OTROS	NO SE RECONOCE MATERIALES E INSUMOS TENIENDO EN CUENTA QUE NO APORTA DESGLOSE DE LO QUE ESTA COBRANDO	100%	27,000	27,000	0
1	21712	TÓRAX	SE DESCUENTA EL 25% POR NO APORTAR LECTURA DE RX POR PARTE DEL MEDICO RADIOLOGO CON FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	100%	428,400	107,100	321,300
1	21715	ABDOMEN TOTAL		100%	563,900	0	563,900

1001	Cobrado	1,213,000
1002	Glosado	134,100
1003	Liquidado	1,078,900

Como se aprecia el valor no cancelado por mi representada corresponde a: \$27.000

“NO SE RECONOCE MATERIALES E INSUMOS TENIENDO EN CUENTA QUE NO APORTA DESGLOSE DE LO QUE ESTA COBRANDO”, es decir no hay soportes de dicho valor.

Y en cuanto al valor de \$107.000, corresponde a: “SE DESCUENTA EL 25% POR NO APORTAR LECTURA DE RX POR PARTE DEL MEDICO RADIOLOGO CON FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL”, en este caso no se presentaron los soportes para el pago del procedimiento.

Así las cosas, los valores cobrados no están Justificados y hace que se de el cobro de lo no debido, ante la ausencia de soportes.

LA FACTURA IO735

Fue objetada por mi representada el valor de \$411.600, correspondiente a una tomografía de la cual nos e encuentra justificación en la Historia clínica que se aporta.

“SE OBJETA POR NO PERTINENTE TOMOGRAFIA DE CRANEO PARA DESCARTAR LESIONES OCASIONADAS EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO, SIN DETERIORO NEUROLOGICO, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, NI CEFALEA INTENSA”

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Glosado	Liquidado
1	77709	GASTOS MEDICOS	SE OBJETA POR NO PERTINENTE TOMOGRAFIA DE CRANEO PARA DESCARTAR LESIONES OCASIONADAS EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO, SIN DETERIORO NEUROLOGICO, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, NI CEFALEA INTENSA	100%	411,600	411,600	0

LA FACTURA IO1042

Se esta factura fue glosado el valor de \$1217.900, teniendo en cuenta:

“NO SE RECONOCE 21706, NO PERTINENTES SIN RADIOGRAFÍAS CON HALLAZGOS QUE JUSTIFIQUEN SOLICITUD DE TOMOGRAFÍAS”

Y la imagen del aparte pertinente de la liquidación, que se aporta, indica:

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Glosado	Liquidado
1	21701	CRANEO SIMPLE		100%	411,600	0	411,600
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	NO SE RECONOCE 21706, NO PERTINENTES SIN RADIOGRAFIAS CON HALLAZGOS QUE JUSTIFIQUEN SOLICITUD DE TOMOGRAFIAS	100%	451,700	451,700	0
3	21708	COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (HASTA TRES ESPACIOS)	NO SE RECONOCE 2-21708 NO PERTINENTES SIN RADIOGRAFIAS CON HALLAZGOS QUE JUSTIFIQUEN SOLICITUD DE TOMOGRAFIAS	100%	1,149,300	766,200	383,100
1	21712	TÓRAX		100%	428,400	0	428,400

1001	Cobrado	2,441,000
1002	Glosado	1,217,900
1003	Liquidado	1,223,100

LA FACTURA IO747

En cuanto a esta factura tenemos que el valor glosado es de: \$2.141600, correspondiente a:

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Glosado	Liquidado
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	SE RELIQUIDA SEGUN SOPORTES MEDICOS ADJUNTOS	100%	451,700	0	451,700
3	21708	COLUMNA CERVICAL, DORSAL O LUMBAR (HASTA TRES ESPACIOS)	SE SOSTIENE OBJECCION PARCIAL, NO PERTINENTE SU REALIZACION TENIENDO EN CUENTA SOPORTES EN HISTORIA DONDE NO HAY HALLAZGOS CLINICOS A ESTE NIVEL QUE JUSTIFIQUE LA TOMOGRAFIA	100%	1,149,300	1,149,300	0
1	21712	TÓRAX	SE SOSTIENE OBJECCION PARCIAL, NO PERTINENTE SU REALIZACION TENIENDO EN CUENTA SOPORTES EN HISTORIA DONDE NO HAY HALLAZGOS CLINICOS A ESTE NIVEL QUE JUSTIFIQUE LA TOMOGRAFIA	100%	428,400	428,400	0
1	21715	ABDOMEN TOTAL	SE SOSTIENE OBJECCION PARCIAL, NO PERTINENTE SU REALIZACION TENIENDO EN CUENTA SOPORTES EN HISTORIA DONDE NO HAY HALLAZGOS CLINICOS A ESTE NIVEL QUE JUSTIFIQUE LA TOMOGRAFIA	100%	563,900	563,900	0

1001	Cobrado	2,593,300
1002	Glosado	2,141,600
1003	Liquidado	451,700

Como se aprecia los valores cobrados fueron glosados por mi representada, razón por la cual el procedimiento era el levantamiento de la glosa a partir de la demostración por parte de la hoy demandante de la necesidad de las tomografías practicadas, acorde con la historia clínica allegada.

LA FACTURA IO1881

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT Aseguradora Solidaria de Colombia						No. Egreso RE: 104821
							

No. Reclamación	104821	No. Sinistro	24532	Sinistro	3001758	No. Factura	IO1881	
Amparo	Gastos médicos		Fecha siniestro	20/11/2017	Fecha aviso	18/12/2017	Fecha recepción	16/02/2018
Fecha formalización	16/02/2018	Fecha liquidación	23/02/2018	Vigencia desde	04/08/2017	hasta	03/08/2018	
Póliza	0174329	Nro. Interno	994000028067					
Id tomador	0		Nombre tomador					
Id beneficiario	900309444	Nombre beneficiario		HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS				
Id accidentado	37318514	Nombre		MARIANA ALBA BAYONA				
Id reclamante	900309444	Nombre reclamante		HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS				
Diagnósticos	R940					Ciuda	OCAÑA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Glosado	Liquidado
1	21701	CRANEO SIMPLE		100%	411,600	0	411,600
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	NO SE RECONOCE NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA SOPORTES EN HISTORIA DONDE NO HAY HALLAZGOS CLÍNICOS A ESTE NIVEL QUE JUSTIFIQUE LA TOMOGRAFIA	100%	451,700	451,700	0

1001	Cobrado	863,300
1002	Glosado	451,700
1003	Liquidado	411,600

Liquidación: MARIA.GARZON	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
------------------------------	----------	-------------	-----------------

LA FACTURA IO2750

	LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT Aseguradora Solidaria de Colombia						No. Egreso RE: 192926
							

No. Reclamación	192926	No. Sinistro	26223	Sinistro	3001907	No. Factura	IO2750	
Amparo	Gastos médicos		Fecha siniestro	02/01/2018	Fecha aviso	16/02/2018	Fecha recepción	23/12/2019
Fecha formalización	23/12/2019	Fecha liquidación	13/01/2020	Vigencia desde	02/12/2017	hasta	01/12/2018	
Póliza	0409570	Nro. Interno	994000032929					
Id tomador	0		Nombre tomador					
Id beneficiario	900309444	Nombre beneficiario		HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS				
Id accidentado	1003257585	Nombre		JOHAN LIBARDO RIOS SILVA				
Id reclamante	900309444	Nombre reclamante		HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS				
Diagnósticos	S010					Ciuda	OCAÑA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Glosado	Liquidado
1	21701	CRANEO SIMPLE		100%	411,600	0	411,600
1	21706	SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	NO SE RECONOCE DEBIDO A QUE NO SE EVIDENCIA RADIOLOGIA SIMPLE CON HALLAZGOS CLÍNICOS QUE JUSTIFIQUEN EL ESTUDIO	100%	451,700	451,700	0
1	21712	TÓRAX	NO SE RECONOCE DEBIDO A QUE NO SE EVIDENCIA RADIOLOGIA SIMPLE CON HALLAZGOS CLÍNICOS QUE JUSTIFIQUEN EL ESTUDIO	100%	428,400	428,400	0

1001	Cobrado	1,291,700
1002	Glosado	880,100
1003	Liquidado	411,600

Liquidación: ANYI.ALVAREZ	Revisión	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
------------------------------	----------	-------------	-----------------

LA FACTURA IO919

		LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT Aseguradora Solidaria de Colombia				No. Egreso RE: 92580		
								
No. Reclamación	92580	No. Sinistro	22895	Siniestro	3001602	No. Factura	IO919	
Amparo	Gastos médicos		Fecha siniestro	17/09/2017	Fecha aviso	25/10/2017	Fecha recepción	20/11/2017
Fecha formalización	20/11/2017	Fecha liquidación	01/12/2017		Vigencia desde	02/07/2017	hasta	01/07/2018
Póliza	0164751	Nro. Interno	994000026787					
Id tomador	0							
Id beneficiario	900309444	Nombre beneficiario	HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS					
Id accidentado	1091680279	Nombre	HILIAN URIBE SANJUAN					
Id reclamante	900309444	Nombre reclamante	HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS					
Diagnósticos	M738					Ciudad	OCAÑA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Glosado	Liquidado
1	77709	GASTOS MEDICOS	DOCUMENTOS INCOMPLETOS	100%	411,600	411,600	0

1001	Cobrado	411,600
1002	Glosado	411,600
1003	Liquidado	0

Liquidación:	Revisión:	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
LAURA.RINCON			

Como se aprecia la causal de glosa, son los documentos incompletos que no permiten el pago de los valores cobrados.

LA FACTURA IO10926

		LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT Aseguradora Solidaria de Colombia				No. Egreso RE: 196643		
								
No. Reclamación	196643	No. Sinistro	17524	Siniestro	3000998	No. Factura	IO10926	
Amparo	Gastos médicos		Fecha siniestro	22/03/2017	Fecha aviso	20/04/2017	Fecha recepción	27/01/2020
Fecha formalización	27/01/2020	Fecha liquidación	14/02/2020		Vigencia desde	21/06/2016	hasta	20/06/2017
Póliza	0236120	Nro. Interno	994000010434					
Id tomador	0							
Id beneficiario	900309444	Nombre beneficiario	HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS					
Id accidentado	37322504	Nombre	EMILIA ROSA TORRADO					
Id reclamante	900309444	Nombre reclamante	HOSPICLINIC DE COLOMBIA SAS					
Diagnósticos	S800					Ciudad	OCAÑA	

Cant.	Código	Procedimiento	Observaciones	%	Cobrado	Glosado	Liquidado
1	77709	GASTOS MEDICOS	SE OBJETA POR PRESCRIPCION.	100%	845,900	845,900	0

1001	Cobrado	845,900
1002	Glosado	845,900
1003	Liquidado	0

Liquidación:	Revisión:	Aprobación:	Vo. Bo. Médico:
SONIA.RODRIGUEZ			

Reclamación objetada por prescripción, como se anotó en la excepción anterior, toda vez que la reclamación se presenta fuera del termino de prescripción del artículo 1081 del código de comercio.

EN CUANTO A TODAS LAS FACTURAS

Como se observa de lo indicado, las reclamaciones fueron glosadas por mi representada, sin que se haya subsanado la causal de glosa por parte de la entidad demandante.

Así las cosas, si bien se presenta una factura, que como se indicó anteriormente, es un documento anexo a la reclamación, pero sin cumplirse los demás requisitos para la procedencia del pago, como es la demostración de la pertinencia de las tomografías realizadas y los soportes de los exámenes y procedimientos realizados

Por lo anterior, deberá negarse las pretensiones de la demanda y condenar en costas a la parte demandante.

PRUEBAS:

I. DOCUMENTALES:

1. Poder para actuar, y Certificado de Existencia y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA., ENTIDAD COOPERATIVA, expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, ya radicado ante el despacho a su digno cargo.
2. Archivo en formato WINZIP, que contiene las reclamaciones presentadas por cada una de las facturas cobradas y los soportes presentados, con lo que se comprueba que no son suministros, como se indica en la demanda, sino atenciones derivadas del SOAT.

Cada archivo citado está contramarcado con el numero de la factura y en el encontramos:

La reclamación, la liquidación de la reclamación SOAT realizada por mi representada y la causal de objeción o glosa.

3. Comprobante de las Guías con las cuales mi representada notificó a la entidad demandante de las liquidaciones y glosas realizadas a las facturas presentada.

4. Manual UNICO DE GLOSAS DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS, ANEXO TECNICO NUMERO 6.

Dichas pruebas son conducentes y pertinentes para demostrar las excepciones propuestas.

TESTIMONIO

Comedidamente solicito al señor JUEZ señalar fecha y hora para la recepción del testimonio, de:

La doctora DIANA PARRA MENESES, mayor de edad y domiciliada en Bogotá D.C., a quien se puede citar en la calle 100 No 9ª – 45, piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C, funcionaria de la Gerencia de SOAT, de la entidad demandada, a fin deponga sobre aquello que le conste de los hechos de la demanda, su contestación, excepciones y en especial acerca de las causales de glosa y objeción a las reclamaciones presentadas por la entidad demandante.

INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito al señor Juez fijar fecha y hora para practicar interrogatorio de parte al representante legal de la entidad HOSPICLINIC, Doctor RODOLFO ANTONIO RIVERA ROZO, o a quien haga sus veces el momento de practicarla prueba, la cual se centrara en los hechos de la demanda y las excepciones propuestas.

Dicha prueba es conducente y pertinente pues ella esta relacionada con el objeto del proceso.

ANEXOS

Los relacionados como pruebas documentales.

NOTIFICACIONES

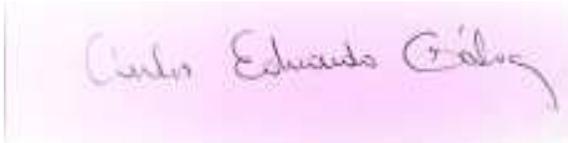
A los demandantes, en la dirección indicada en el acápite de notificaciones la demanda.

A los demandados en las direcciones aportadas con la contestación de la demanda.

A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA., ENTIDAD COOPERATIVA, se le podrá notificar en la calle 100 No 9 A – 45 pisos 8 y 12, de la ciudad de Bogotá D.C.

Al suscrito en la secretaria del despacho, o en la carrera 7ª No 17 – 01 oficina 831 de la ciudad de Bogotá D.C.

Atentamente,

A rectangular box containing a handwritten signature in dark ink on a light pink background. The signature reads "Carlos Eduardo Gálvez Acosta".

CARLOS EDUARDO GÁLVEZ ACOSTA

C.C. No 79.610.408 de Bogotá.

T.P. No 125.758 del C. S. de la J.