

RADICACION CONTESTACION DE LA DEMANDA - PROCESO VERBAL DE CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S. contra LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS - RAD. 2023-00045

olfap@ompabogados.com <olfap@ompabogados.com>

Lun 17/04/2023 14:32

Para: Juzgado 10 Civil Municipal - Atlántico - Barranquilla <cmun10ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: orherles@gmail.com <orherles@gmail.com>; Silvia Vega Chacon (OMP Abogados)

<svega@ompabogados.com>; Andry Perez / Omp Abogados <aperez@ompabogados.com>

📎 1 archivos adjuntos (638 KB)

CONTESTACION RAD. 2023-00045 (P694).pdf;

Señores

**JUZGADO DECIMO CIVIL MUNICIPAL
BARRANQUILLA – ATLANTICO
E. S. D.**

PROCESO: VERBAL

DEMANDANTE: CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.

DEMANDADO: LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS

RAD: 080014-053-010-2023-00045-00

Cordial saludo.

Mediante la presente, me permito adjuntar el siguiente documento, relacionado con el proceso de la referencia, en formato PDF:

- **CONTESTACION DE LA DEMANDA Y ANEXOS (25 Folios) ENLACE ANEXOS** [OBJECIONES](#)

Ratifico al despacho que la suscrita podrá ser notificada en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. B4, segundo piso, de la ciudad de Barranquilla, al correo electrónico olfap@ompabogados.com y al número de celular 310 632 2829.

Nota: El presente correo se copia al apoderado de la parte demandante, de conformidad con lo establecido en la Ley 2213 de 2023.

SOLICITO SE ACUSE RECIBIDO DEL PRESENTE CORREO.

Atentamente,



OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS

Socia fundadora

📞 (+57) 3106322829

✉ operez@ompabogados.com

 +57(605) 3225281

 Carrera 58 No. 70-110 Piso 2 Oficina 4

Barranquilla—Colombia

 ompabogados.com

Señores

**JUZGADO DECIMO CIVIL MUNICIPAL
BARRANQUILLA – ATLANTICO**

E. S. D.

PROCESO: VERBAL

DEMANDANTE: CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.

DEMANDADO: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

RAD: 080014-053-010-2023-00045-00

OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, mujer, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 expedida en El Banco (Magdalena), abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderada judicial de la sociedad **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, al señor Juez respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada, de conformidad con el auto mediante el cual se tuvo por notificada por conducta concluyente a mi representada, a contestar la demanda en los siguientes términos:

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

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

Siendo, así las cosas, el régimen legal del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT, se encuentra consagrado en los artículos 192 a 197 del Decreto Ley 663 de 1993 -Estatuto Orgánico del Sistema Financiero-, en adelante EOSF.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

se deben aplicar las normas especiales que regulan la actividad aseguradora dentro del marco específico del régimen de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

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

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

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

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

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

Las coberturas del SOAT son:

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

Ahora bien, el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, SOAT, fue creado mediante la ley 33 de 1986, con el fin de garantizar los recursos que faciliten la atención integral para las víctimas de accidente de tránsito, de acuerdo con unas coberturas definidas; buscando que toda la sociedad colombiana, tanto conductores, pasajeros, o peatones, se vean beneficiados. Cabe recordar, que el SOAT es un sistema fundamental dentro del sistema general de salud de Colombia, al proteger sin excepción, a todas las personas susceptibles de ser víctimas de accidentes de tránsito en las vías del territorio nacional. En otras palabras, el SOAT es la fuente de financiación para la atención de las víctimas de accidentes de tránsito en el país, en la medida en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) recobran con cargo al SOAT o al Fondo de Seguridad y Garantía (Fosyga), según sea el caso, los servicios prestados a estas personas, por lo tanto, los recursos del SOAT, deben ser suficientes para garantizar la oportuna y adecuada atención de los lesionados en accidentes de tránsito, para lo cual los ingresos percibidos por los diferentes actores del sistema, deben sufragar los costos y gastos que se deriven en dicha atención.

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

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:

AL HECHO PRIMERO: Este hecho hace mención de la razón social, número de identificación tributaria de la demandante y su objeto social, por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO SEGUNDO: Es parcialmente cierto, y me permito dejar en claro al despacho que LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., ni con ninguna otra institución de salud del país.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, por las cuales, la parte demandante pretende la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT expedidas por mi representada; están sujetas inexorablemente a las disposiciones legales que lo regulan, Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Código de Comercio en su acápite del Contrato de Seguro, y demás decretos que reglamentan este seguro al que nos referimos.

AL HECHO TERCERO: Es parcialmente cierto, y me permito dejar en claro al despacho que LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., ni con ninguna otra institución de salud del país.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, por las cuales, la parte demandante pretende la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT expedidas por mi representada; están sujetas inexorablemente a las disposiciones legales que lo regulan, Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Código de Comercio en su acápite del Contrato de Seguro, y demás decretos que reglamentan este seguro al que nos referimos.

AL HECHO CUARTO: No es cierto este hecho como se encuentra redactado, si bien la sociedad demandante presento reclamaciones ante LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, se resalta al despacho que todas y cada una de dichas reclamaciones que allega la IPS demandante deben llenar los requisitos de ley consagrados en el código de comercio, y de igual forma deben allegar todos los documentos que soportan la atención al paciente, documentos anexos que se encuentran en listados en el artículo 25 del decreto 056 de 2015 y decreto 780 de 2016, una vez la IPS demandante radica dichos documentos con la factura, mi representada despliega todo su equipo de cartera para pagar u objetar dentro del término de ley dicha reclamación, por alguna causal de objeción.

El apoderado de la parte demandante pretende que mi representada de manera indiscriminada responda afirmativamente a un hecho que no puede ser analizado de manera general, pues cada caso tiene sus propias particularidades, y que como siempre se le ha planteado a la demandante, es una obligación legal de la IPS como eventual beneficiario del amparo de gastos médicos, acreditar sus reclamaciones en debida forma, de conformidad con lo establecido en el párrafo 2 numeral 4 del artículo 195 del ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO, y demás normas concordantes, que establece:



“4. Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los Subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras. Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990. (...)”

AL HECHO QUINTO: Es cierto, mi representada dio respuesta dentro del término de ley a todas y cada una de las reclamaciones presentadas por la hoy IPS demandante, objetándolas de manera total o parcial.

Sin embargo, se debe aclarar una vez más que no basta solamente con la presentación de la reclamación para que ipso facto se realice el reconocimiento o pago de la indemnización por parte de la aseguradora, es indispensable que se acrediten los requisitos de pertinencia y legitimación respectivos además de los taxativamente establecidos en los decretos que reglamentan las reclamaciones frente a SEGUROS OBLIGATORIOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO. Véase, Estatuto Orgánico del sistema Financiero, decreto 056 de 2015, decreto 780 de 2016, código de comercio y demás normas concordantes.

AL HECHO SEXTO: No es cierto este hecho como está redactado, hasta la fecha la sociedad demandante no ha logrado desvirtuar las objeciones planteadas por mi representada a las reclamaciones presentadas, por lo tanto, no existe obligación alguna en cabeza de mi representada.

AL HECHO SEPTIMO: No es cierto este hecho como está redactado, mi representada dio respuesta dentro del término de ley a todas y cada una de las reclamaciones presentadas por la hoy IPS demandante, objetándolas de manera total o parcial.

Sin embargo, se debe aclarar una vez más que no basta solamente con la presentación de la reclamación para que ipso facto se realice el reconocimiento o pago de la indemnización por parte de la aseguradora, es indispensable que se acrediten los requisitos de pertinencia y legitimación respectivos además de los taxativamente establecidos en los decretos que reglamentan las reclamaciones frente a SEGUROS OBLIGATORIOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO. Véase, Estatuto Orgánico del sistema Financiero, decreto 056 de 2015, decreto 780 de 2016, código de comercio y demás normas concordantes.

AL HECHO OCTAVO: No es cierto este hecho como está redactado, mi representada dio respuesta dentro del término de ley a todas y cada una de las reclamaciones presentadas por la hoy IPS demandante, objetándolas de manera total o parcial.

Sin embargo, se debe aclarar una vez más que no basta solamente con la presentación de la reclamación para que ipso facto se realice el reconocimiento o pago de la indemnización por parte de la aseguradora, es indispensable que se acrediten los requisitos de pertinencia y legitimación respectivos además de los taxativamente establecidos en los decretos que reglamentan las reclamaciones frente a SEGUROS OBLIGATORIOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO. Véase, Estatuto

Orgánico del sistema Financiero, decreto 056 de 2015, decreto 780 de 2016, código de comercio y demás normas concordantes.

AL HECHO NOVENO: Manifiesto al despacho que este hecho no contiene situaciones fácticas, son apreciaciones subjetivas del apoderado del demandante, con la relación de las pretensiones que pretende la parte actora que se declaren dentro del presente proceso.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:

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

- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidente de tránsito fueron oportunamente objetadas parcialmente porque su pago no era procedente.
- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidentes de tránsito fueron objetadas por el asegurador, porque no procedía su pago, pues no se aportaron la totalidad de documentos exigidos por el Estatuto Orgánico del sistema Financiero, el Decreto 056 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, que permitieran acreditar la existencia del siniestro y su cuantía, o la pertinencia de los procedimientos médicos.
- Las reclamaciones por atención a víctimas de accidente de tránsito fueron pagadas extinguiéndose la obligación a cargo del asegurador.

EXCEPCIONES DE MERITO

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

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

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

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

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

(iii) No se tienen en cuenta sentencias con efectos erga omnes^[5].

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



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

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

(vii) El servidor judicial da insuficiente sustentación de una actuación^[10].

(viii) Se desconoce el precedente judicial sin ofrecer un mínimo razonable de argumentación^[11].

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

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

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

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

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

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



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

Siendo así, en una interpretación no sistemática del derecho, no se puede omitir el análisis juicioso de todas las disposiciones aplicables al caso, en especial las del contrato de seguro, sin tener en cuenta el criterio hermenéutico de especialidad, y de esta forma no se vea vulnerado el derecho fundamental al debido proceso. Se debe tener en cuenta que las disposiciones normativas, buscan entre otras cosas, generar un ambiente de seguridad jurídica en los ciudadanos, permitiendo que conozcan las reglas de juego, con las que se regirán los comportamientos en las diferentes circunstancias en que se encuentren, dentro del presente proceso el juzgador de instancia debe que aplicar las normas del Contrato de Seguro contemplado en el código de comercio art 1036 y subsiguientes.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

“(...) 1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado³⁰. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

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

1.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

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

(...)

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

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

En relación con la referida documentación, la Resolución 1645 de 2016, por la cual el Ministerio de salud, establece los requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas establecidas en el artículo 167 de la ley 100 de 1993 (aplicable a las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT cuando así lo señale dicho acto administrativo), indica en su artículo 6° que la demostración de la prestación de los servicios de salud se acreditará ante las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT con los siguientes documentos según el caso:

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



2. Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.
3. Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contra referencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos, siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.
4. Factura de venta o documento equivalente del reclamante y certificación de pago de quien prestó el servicio, cuando el mismo ha sido prestado a través de un tercero.

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

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

En este orden, consultados los prenombrados artículos 2.6.1.4.2.20., 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6., de la citada normatividad, se evidencia que los mismos refieren de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de atención, respectivamente. (...)”

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

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

“(...)”

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

(...)”

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

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

2. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, POR HABER SIDO OBJETADAS.

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

La CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la auditoria y estudio correspondiente, la compañía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, objetó total o parcialmente, a cada una de las reclamaciones que se presentaron, y lo anterior debido a que se pudo establecer:

- No se aportaron los documentos completos.
- La reclamación no correspondió a un accidente de tránsito.
- Entre otros.

El apoderado de la parte demandante pretende establecer que las causales por las que se presentan devoluciones de las reclamaciones de pago de los servicios de salud, prestados a víctimas en accidente de tránsito, se encuentran regladas en el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, expedido por el Ministerio de la Protección Social, el cual ha definido la devolución, en el manual único de glosas y devoluciones. Por lo tanto, afirma que, las objeciones realizadas por LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, no existen, no están previstas o constituidas como tal.

Al respecto me permito manifestar que el apoderado de la parte demandante pretende hacer incurrir en un error al despacho, por lo cual, se debe aclarar que la Resolución 3047 de 2008, se expidió con el fin de decir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en **las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud**, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

El decreto 4747 de 2007 en su artículo 3 realiza las siguientes definiciones:

“Definiciones. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:

a. Prestadores de servicios de salud: *Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.*

b. Entidades responsables del pago de servicios de salud: *Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales. (...).”*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

se deben aplicar las normas especiales que regulan la actividad aseguradora dentro del marco específico del régimen de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

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

El artículo 36 del Decreto 056 de 2015, el cual se integró al Decreto 780 de 2016, expresamente consagra cuales son los requisitos que debe verificar la aseguradora para proceder al pago de la reclamación, para lo cual establece que, *“Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien éste designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que se refiere este decreto y si ésta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.”*

Por tal motivo, al no acreditarse en debida forma el siniestro, mi representada puede objetar las reclamaciones alegando las causales que considere necesarias, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

3. NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL DECRETO 056 DEL 2015, DECRETO 780 DE 2016 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO, AL NO HABERSE APORTADO LOS SOPORTES REQUERIDOS.

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

Conforme lo establece el Artículo 8 del Decreto 056 de 2015, la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, es la legitimada para reclamar a la compañía aseguradora el reconocimiento y pago del valor del servicio médico prestado, así:

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

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

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



serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

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

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

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

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

Estas normas deben ser leídas e interpretadas en concordancia con lo dispuesto por los Artículos 26, 31, 32 y 36 del Decreto 056 de 2015, que establecen la documentación necesaria para la presentación por parte de las IPS, de las reclamaciones por la prestación del servicio de salud con cargo al SOAT, regulando el contenido de esa documentación, en especial lo relacionado con el contenido de la epicrisis y el resumen clínico de atención, los requisitos de la factura y la verificación de requisitos por parte de la aseguradora, así:

*“(…) **Artículo 26.** Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:*

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

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

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

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

(…)



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

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

"(...) **Artículo 31.** Para los efectos del presente decreto la epicrisis debe contener como mínimo los siguientes datos:

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

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

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

"(...) **Artículo 32.** Para los efectos del presente decreto el resumen clínico de atención se diligenciará para servicios de salud ambulatorios y debe contener como mínimo los siguientes datos:

1. Primer nombre y primer apellido del paciente.
2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.
3. Edad y sexo del paciente.
4. Servicio de ingreso.
5. Fecha de atención.
6. Motivo de consulta.
7. Enfermedad actual en donde debe indicarse:
 - 7.1. La relación con el evento que originó la atención.



7.2. Si se trata de la prestación de servicios de ayudas diagnósticas, interpretación médica del paraclínico facturado.

8. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención.

9. Antecedentes.

10. Examen físico.

11. Diagnóstico.

12. Plan de tratamiento.

13. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.

14. Cuando se hayan suministrado medicamentos deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento.

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

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

Artículo 33. La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes. (...)"

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

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

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

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

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



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

Igualmente, dentro del Decreto 780 de 2016, en cuanto a la cobertura de gastos por servicios médicos prestados a víctimas de accidentes de tránsito SOAT, relaciona los documentos que los prestadores de servicios de salud deben radicar ante las entidades aseguradoras con la solicitud de pago de las reclamaciones, en su artículo 2.6.1.4.2.20 (Artículo 26 Decreto 056 de 2015) del siguiente tenor:

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

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

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

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

(...)

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

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

En relación con la referida documentación la Resolución 1645 de 2016, por la cual ese mismo Ministerio establece los requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas establecidas en el artículo 167 de la ley 100 de 1993 (aplicable a las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT cuando así lo señale dicho acto administrativo), indica en su artículo 6° que la demostración de la prestación de los servicios de salud se acreditará ante las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT con los siguientes documentos según el caso:

1. Epicrisis, cuando se trate de servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. En todo caso deben observarse los contenidos mínimos previstos en el artículo 31 del Decreto 056 de 2015¹.
2. Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.
3. Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contra referencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos,

¹ Hoy artículo 2.6.1.4.3.5 del Decreto Único 780 de 2016.



siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.

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

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

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

En este orden, consultados los prenombrados artículos 2.6.1.4.2.20., 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6., de la citada normatividad, se evidencia que los mismos refieren de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de atención, respectivamente.

En adición a lo anterior, el artículo 28 de la Resolución 1645 de 2016 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, publicada en el Diario Oficial No. 49.863 del 4 de mayo de 2016, derogó la Resolución 1915 de 2008 y sus modificaciones (Resoluciones números 3251 de 2008, 4475 y 5161 de 2011 y 1136 de 2012). En tal virtud, es del caso indicar que de acuerdo con la nueva normatividad, las aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT deberán observar las indicaciones contenidas en dicha normatividad, a partir de la fecha de entrada en vigencia dicha Resolución.”

Al respecto, la Corte suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia STC 8232-2020, Magistrado Ponente AROLDI WILSON QUIROZ MONSALVO, expuso lo siguiente:

“Bajo esa perspectiva, advierte la Corte que el resguardo está llamado al fracaso, por cuanto la providencia de 6 de mayo de los corrientes, que confirmó la dictada el 10 de septiembre de 2019, no luce arbitraria, comoquiera que el Tribunal criticado explicó las razones por las que consideraba inviable dar curso a la ejecución que instauró la tutelante contra Coomeva EPS, sobre lo cual expresó que: (...) De las normas transcritas se extrae que en la prestación de servicios de salud, para el cobro de obligaciones a cargo de cualquier entidad, debe existir reclamación escrita, documento que además debe estar acompañado de la epicrisis o resumen clínico, más la historia clínica con los datos del paciente, exámenes clínicos, orden o fórmula médica y otros anexos que exige la normatividad citada. (...) En consecuencia, para el caso de las obligaciones provenientes de la prestación de servicios de salud, éstas no pueden constar en documento único, porque la ley exige otros soportes que demuestran la existencia de la obligación a cargo de la entidad responsable del pago y la sola factura no constituye entonces título ejecutivo, porque en este evento tiene el carácter de complejo, por lo que no le asiste razón al recurrente en el sentido



que los únicos requisitos exigidos para el pago de los servicios de salud, son los previsto en el art. 772 y subsiguientes del Código de Comercio para la factura, ni que se trata de un título ejecutivo de carácter singular.”

En el caso objeto de estudio, de las 13 reclamaciones que se relacionan en la demanda, 4 carecen de los documentos que se deben acompañar con las reclamaciones, esto es, los documentos que soportan la atención a la víctima por parte de la IPS, situación que no ocurre en este caso, pues el demandante, no aportó los documentos establecidos en el Decreto 056 del 2015 y Decreto 780 de 2016, como se observa a continuación:

Nro.	No. Factura	SUSTENTACIÓN DE OBJECCIÓN
1	27657	SE OBJETA PUES EL FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION FURIPS NO SE ENCONTRABA COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO, CON LOS DATOS CORRECTOS DE UBICACION DEL LESIONADO TENIENDO EN CUENTA QUE LOS APORTADOS SON ERRADOS O NO CORRESPONDEN.
2	27807	SE OBJETA PUES EL FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION FURIPS NO SE ENCONTRABA COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO, CON LOS DATOS CORRECTOS DE UBICACION DEL LESIONADO TENIENDO EN CUENTA QUE LOS APORTADOS SON ERRADOS O NO CORRESPONDEN.
3	27873	SE OBJETA PUES EL FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN FURIPS NO SE ENCONTRABA COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO, CON LOS DATOS CORRECTOS DE UBICACIÓN DEL LESIONADO TENIENDO EN CUENTA QUE LOS APORTADOS SON ERRADOS O NO CORRESPONDEN.
4	29259	SE OBJETA POR DATOS DE UBICACION, TENIENDO EN CUENTA QUE LA INFORMACION DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS SON ERRADOS O NO CORRESPONDEN Y NO FUE POSIBLE VERIFICAR LA OCURRENCIA DE LOS HECHOS, NI LA ACREDITACION DE LA VICTIMA.

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

4. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR PAGO CON CARGO A UNA POLIZA DE SOAT, AL HABER SIDO OBJETADA LA RECLAMACION POR NO SER PERTINENTES LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS COBRADOS EN LA RECLAMACION POR LA PARTE DEMANDANTE.

Según lo dispuesto en Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009, *“se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada”.*

La CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S. presentó a mi representada algunas reclamaciones, y luego de realizar la investigación, estudio y auditoria correspondiente, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer que los procedimientos médicos no fueron los adecuados al paciente, toda vez que no guardaba relación con la lesión señalada en la historia clínica, por lo que no era factible proceder con el pago de la reclamación interpuesta por la IPS demandante.

Conforme lo establece el Artículo 36 del Decreto 056 de 2.015, una vez la IPS radica la reclamación, la aseguradora debe estudiar, la procedencia de esta, la verificación del hecho, la acreditación de

calidad de víctima, la cuantía de la reclamación y que se cumplan los términos establecidos en la norma.

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

En las pruebas aportadas por la parte demandante no se aportaron las reclamaciones presentadas para el reconocimiento de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, no se discute el evento generador de la atención, pero si se puede discutir la pertinencia de algunas de las atenciones médicas que se brindaron a las víctimas.

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

- Impertinencia de exámenes diagnósticos.
- Impertinencia en la utilización de medicamentos.
- Impertinencia de materiales e insumos.
- Impertinencia en la colocación de material de osteosíntesis

Aunado a lo anterior, debe tenerse en cuenta que estamos frente a una reclamación derivada de una póliza de seguro, por lo que debe dársele aplicación a lo regulado por el artículo 1077 del Código de Comercio, el cual señala que en dicho documento deberá demostrarse la ocurrencia del siniestro además de la cuantía. Siendo evidente que en este caso no se ha demostrado la cuantía por la parte demandante, toda vez que los procedimientos realizados al paciente no eran los adecuados para el caso específico. Dichas objeciones fueron notificadas en debida forma, mediante correo certificado dentro de la oportunidad legal establecida.

Dentro de esta objeción se encuentra las siguientes reclamaciones:

Nro.	No. Factura	OBJECCIÓN
1	27717	PERTINENCIA MEDICA
2	27803	PERTINENCIA MEDICA
3	29253	PERTINENCIA MEDICA
4	27874	PERTINENCIA MEDICA
5	28473	PERTINENCIA MEDICA
6	28655	PERTINENCIA MEDICA

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

5. IMPOSIBILIDAD DE COBRO POR PARTE DE LA IPS, POR NO ESTAR ACORDE LOS PRECIOS COBRADOS EN LAS FACTURAS AL MANUAL TARIFARIO REGULADO EN EL DECRETO 2423 DE 1996.

Los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios realizados por la INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD, se encuentran regulados en el Decreto 2423 de 1996, en el cual de

determina entre otros el precio de los insumos o medicamentos realizados al paciente como consecuencia de un accidente de tránsito.

Con fundamento en lo anterior, una vez presentadas las reclamaciones respectivas, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, dentro del término legal otorgado, y luego de realizar las auditorias pertinentes, objetó las mismas, de conformidad con las normas antes dispuestas.

Dentro de esta objeción se encuentra las siguientes reclamaciones:

Nro.	No. Factura	OBJECCIÓN
1	27874	TARIFA
2	28473	TARIFA
3	28655	TARIFA
4	29253	TARIFA

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

6. PAGO TOTAL DE LA OBLIGACION.

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

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

Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:

1o.) Por la solución o pago efectivo.

(...)

Tenemos que en virtud de las reclamaciones generadas por presunta prestación de servicios médicos por la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito por parte de demandante con cargo a los Seguros Obligatorios de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito (SOAT), LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, luego de dar el respectivo tramite de estudio interno y auditoria médica², procedió a hacer efectivo los pagos totales contenidos en 3de las reclamaciones presentadas por la CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.

Nro.	No. Factura	VALOR DEL PAGO	FECHA DEL PAGO	DOCUMENTOS SOPORTE DEL PAGO

² “(...) La formulación de la reclamación, que, a diferencia del aviso del siniestro, huérfano de toda prueba, requiere fundamento probatorio, marca el importante momento en el cual comienza a contarse para la aseguradora el plazo que le concede el numeral 3 del artículo 1053, en concordancia con el artículo 1080 del código de comercio, para pagar las pérdidas ocasionadas por el siniestro u objetar fundadamente. De ahí es que soy preciso en señalar que solo cuando la reclamación se ha presentado completa es cuando empieza a correr ese plazo, pues sé de múltiples casos en que se allegan apenas parcialmente las pruebas necesarias para acreditar la existencia del siniestro y su cuantía, o solo se demuestra uno de esos aspectos, sin que empiece a correr el termino para pagar u objetar, porque solo frente a una reclamación cabal es cuando se inicia su computo. (...)” LOPEZ BLANCO, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGUROS. Editorial Dupré. Cuarta Edición 2004. Pág.179



1	27695	\$ 333.300,00	3/08/2022	CUENTA CON LIQUIDACIÓN, ORDEN DE PAGO Y SOPORTE DE LA TRANSFERENCIA
2	28611	\$ 63.350,00	9/08/2022	CUENTA CON LIQUIDACIÓN, ORDEN DE PAGO Y SOPORTE DE LA TRANSFERENCIA
3	29456	\$ 333.300,00	19/08/2022	CUENTA CON LIQUIDACIÓN, ORDEN DE PAGO Y SOPORTE DE LA TRANSFERENCIA

Por todo lo dicho, es evidente que con los pagos realizados a las reclamaciones relacionadas dentro de la presente excepción y que se aportan a la presente demanda, mi representada SE ENCUENTRA AL DIA CON LA DEMANDANTE, con respecto a las reclamaciones presentadas, que generaron la afectación de las distintas pólizas de seguro "SOAT", solicito a usted señor Juez muy respetuosamente, se sirva declarar probada la presente excepción propuesta, la cual exime de cualquier condena a mi representada.

7. IMPOSIBILIDAD DE COBRO POR PARTE DE LA IPS POR HABERSE ACEPTADO PARCIALMENTE LA GLOSA.

Una vez presentadas las reclamaciones respectivas, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, dentro del término legal otorgado, y luego de realizar las auditorías pertinentes, objetó las mismas, de conformidad con las normas antes dispuestas. Frente a lo anterior, la IPS CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S. aceptó parcialmente las glosas realizadas por mi representada, como consta en los soportes anexos, y por haberse aceptado expresamente, se configura la imposibilidad de su cobro.

Dentro de esta objeción se encuentra las siguientes reclamaciones:

Nro.	No. Factura	VALOR ACEPTADO	OBSERVACIONES
1	28473	\$14.400	SE OBJETA SEGÚN ARTICULO 78 – SE ACEPTA GLOSA POR PARTE DE LA IPS.
2	28655	\$714.688	SE OBJETA SEGÚN ARTICULO 49 PARAGRAFO 2 – SE ACEPTA GLOSA POR PARTE DE LA IPS.

FACTURA 28473

CCSV	Nº	VALOR	CLIENTE	DESCRIPCIÓN	VALOR ACEPTADO	VALOR OBJETA	VALOR TOTAL
	28473	\$ 4.986.319	wilfrido peñalosa	pertinencia; se homologa código 15161 a código 15103 de acuerdo a los descritos.	\$ 1.592.700	\$ 1.592.700	\$ 0
				pertinencia; se objeta rx de rodillas o pierna sin justificación clínica según hallazgos.	\$ 73.000	\$ 73.000	\$ 0
				facturación; se objeta según artículo 76	\$ 14.400	\$ 0	\$ 14.400
Factura					\$ 2.489.800	\$ 2.475.400	\$ 14.400
					escalante AUDITORIA - CASV		



FACTURA 28655

CCSV	28655	\$ 10.229.983	isaac diaz barros	<p>pertinencia; se objeta tenorrafia sin lesiones que justifiquen su cobro.</p> <p>facturacion; broca no facturable según artículo 49 parrafo 2.</p>	<p>No se acepta glosa. PACIENTE VICTIMA DE ACT EL CUAL GENERO TRAUMA SEVERO EN MANO DERECHA E IZQUIERDA CON INTENSO DOLOR, EDEMA, CREPITACION Y LIMITACION FUNCIONAL PARA REALIZACION DE ARCOS DE MOVIMIENTOS; FLEXION, EXTENSION Y ROTACION DE 5TO DEDO, LO CUAL SUPONE POSIBLE LESION TENDINOSA. SE REALIZA RX QUE MUESTRA: FRACTURA DE BASE FALANGE PROXIMAL DE 5TO DEDO DE MANO DERECHA COMO HALLAZGO INTRAQUIRURGICO SE EVIDENCIA; LESION POR DISRUPCION DEL TENDON EXTENSOR DEL T5O DEDO (MANO DERECHA). POR LO CUAL SE PROCEDE A REALIZAR ALINEAMIENTO DE FRACTURA MAS TENORRAFIA DEL TENDON MEDIANTE SUTURA TERMINO TERMINAL HASTA DAR ESTABILIDAD.</p>	\$ 188.800	\$ 188.800	\$ 0
				<p>Se acepta glosa parcial, se liquida equipo según artículo 57 que dice; Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicon, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del Artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención o procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente. Por tanto se reclama 1/3 del valor por alquiler del equipo. Por la suma de \$ 357.344</p>	\$ 1.072.032	\$ 357.344	\$ 714.688	
Factura		\$ 10.229.983			\$ 2.070.532	\$ 1.355.844	\$ 714.688	

escalante
AUDITORIA - CASV

8. IMPROCEDENCIA DE INTERESES MORATORIOS:

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

Si la obligación principal no existe, bien sea porque está prescrita, pagada o no se acreditó el derecho reclamado, no es posible hablar de intereses moratorios. Y es que el Artículo 1.080 del Código de Comercio es claro al indicar que para que se causen los intereses moratorios es necesario que el asegurado acredite los requisitos del Artículo 1.077 ibidem; siniestro y cuantía; y como se indicó en la excepción denominada NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015, DECRETO 780 DE 2016 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO, en gran parte de las obligaciones objeto de cobro, no se cumplió con este requisito, en las que se cumplió la obligación se extinguió por el pago o en ambos casos puede darse que la acción derivada del contrato de seguro se encuentre extinta por el fenómeno de la prescripción.

OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO:

Como se puede observar del escrito de demanda, el abogado de la parte demandante se limita a manifestar que el juramento estimatorio asciende a la suma de \$98.091.103, tomando el valor de los intereses moratorios causados.

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

Y es que el Artículo 1.080 del Código de Comercio es claro al indicar que para que se causen los intereses moratorios es necesario que el asegurado acredite los requisitos del Artículo 1.077 ibidem; siniestro y cuantía; situación que no se presenta en este caso, como se indicó en la excepción denominada NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015, DECRETO 780 DE 2016 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO.

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

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

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

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

Como se puede observar de la norma anterior, es importante resaltar que en las consideraciones del despacho para estimar la aplicación de las sanciones mencionadas, en el caso que nos ocupa, la parte demandante a pesar de haber tenido una decisión desfavorable en el proceso ejecutivo que relacionó en los hechos de la demanda, insiste en acudir a congestionar el aparato judicial nuevamente, pues desconocen los argumentos que jurídicamente y en oportunidad ha brindado mi representada, como lo observará el despacho a lo largo del análisis de las excepciones que hemos propuesto en el presente escrito.

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

PRUEBAS

1. INTERROGATORIO DE PARTE:

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

2. DOCUMENTAL:

Acompaño las siguientes pruebas documentales, las cuales se encuentran disponibles en la carpeta adjunta con la contestación de la demanda.



1. CARPETA CON LOS SOPORTES DE LAS OBJECIONES POR NO ACREDITACIÓN DEL SINIESTRO Y DOCUMENTOS INCOMPLETOS. [LINK](#)
2. CARPETA CON LOS SOPORTES DE LAS OBJECIONES POR PERTINENCIA MEDICA. [LINK](#)
3. CARPETA CON LOS SOPORTES DE LAS OBJECIONES POR TARIFA. [LINK](#)
4. CARPETA CON LOS SOPORTES DE PAGO. [LINK](#)

3. TESTIMONIAL.

Solicito respetuosamente al despacho, se le reciba testimonio a la doctora MARCELA CAMPUZANO JARAMILLO, profesional de subgerencia de indemnizaciones SOAT de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, o quien haga sus veces al momento del decreto de la prueba testimonial, quien puede recibir notificaciones en la Calle 57 No. 9 – 07, piso 4, de la ciudad de Bogotá, y al correo electrónico: marcela.campuzano@previsora.gov.co para que declare sobre el trámite de las reclamaciones presentadas por la hoy demandante, las auditorias, las objeciones y el pago de las facturas de que trata este proceso.

ANEXOS

- Los anunciados en el acápite de prueba documental.

NOTIFICACIONES

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

La demandada LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS podrá ser notificada en la Calle 57 No. 9 – 07, piso 4, de la ciudad de Bogotá.

La suscrita apoderada podrá ser notificada en su despacho o en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. A2 de la ciudad de Barranquilla o a través del correo electrónico: olfap@ompabogados.com

Del señor Juez, respetuosamente,

OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS
C.C. No. 39.006.745 de El Banco-Magd
T.P. No. 23.817 del C.S.J.

ACPR-P694