

Valledupar, septiembre de 2020.



JURIDICARIBE

Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR
E. S. D.

Ref.

Proceso: Verbal

Demandante: CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR

Demandado: LIBERTY SEGUROS S.A.

Radicación: 200013103001-2020-00085-00

ASUNTO: CONTESTACION DE LA DEMANDA

MAIRA ALEJANDRA PALLARES RODRIGUEZ, mayor y vecina de esta ciudad, identificada como aparece al pie de mi firma, abogada en ejercicio, Portadora de T.P. N° 327.457 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando con base en poder otorgado por la Dra. KATY LISSET MEJIA GUZMAN, en su condición de representante legal de **LIBERTY SEGUROS S.A.**, sociedad demandada dentro del proceso identificado en el asunto de la referencia, acudo a su despacho, dentro de la oportunidad legal, con el fin de manifestarle que por medio del presente escrito me permito dar CONTESTACION A LA DEMANDA presentada por la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR S.A.S.

ACLARACION PREVIA

En forma oportuna se radicó recurso de reposición contra el auto admisorio de la demanda y hasta la fecha de presentación de éste escrito este recurso no ha sido resuelto, por lo que destacamos que con la presentación de este escrito mis representados NO renuncian ni tampoco desisten del indicado medio de impugnación. Por lo anterior, solicitamos que el referido recurso sea resuelto .

De otra parte, es de anotar que con la presentación de este escrito de contestación de demanda NO estamos renunciando al término de traslado que nos correspondería para el evento en que el recurso de reposición interpuesto contra el auto admisorio de la demanda fuere resuelto de manera desfavorable. En tal sentido, nos reservamos el derecho de ampliar o modificar el escrito de contestación de la demanda en cualquiera de sus aspectos, hasta tanto no se halle vencido el término de traslado, en la hipótesis en que el recurso de reposición no tenga resultados favorables.

I.IDENTIFICACION Y UBICACION DE LA ASEGURADORA

LIBERTY SEGUROS S.A., identificada con NIT. 860.039.988-0, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá y sucursal constituida en Barranquilla, con sede en la siguiente dirección: Cra.55 #74-126. La empresa demandada, se encuentra representada legalmente por Dra. KATY LISSET MEJIA GUZMAN.

II.IDENTIFICACION Y UBICACION DE LA APODERADA

Actúa en calidad de apoderada judicial de **LIBERTY SEGUROS S.A.** sociedad demandada, **MAIRA ALEJANDRA PALLARES RODRÍGUEZ**, identificada con C.C. N° 1.082.999.646 de Santa Marta y T.P. N° 327.457 del C.S.J., domiciliada en Valledupar, Cra 14 N° 13C - 60, Edificio ágora, Oficina 209 de la misma ciudad. Mail. Maira.pallares@juridicaribe.com y notificaciones@juridicaribe.com

III.PRONUNCIAMIENTO EXPRESO Y CONCRETO SOBRE LOS HECHOS

PRIMERO. No nos consta, pero suponemos que la afirmación aquí contenida es cierta.

SEGUNDO. No nos consta. Es menester destacar que el accionante no menciona en este hecho el número de las pólizas que supuestamente se afectaron con la prestación de servicios de salud a pacientes lesionados en accidentes de tránsito cubiertos por Pólizas SOAT expedidas por LIBERTY SEGUROS S.A., lo que impide a la aseguradora confirmar o desestimar la manifestación del demandante.

Recordemos que el sistema implementado por nuestro ordenamiento jurídico para el funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito implica que la IPS que atiende al paciente es la que se entera inicialmente de la ocurrencia de un accidente de tránsito en el que resultó lesionada una persona, y es ésa IPS la que informa a la compañía de seguros expedidora de la póliza SOAT de la ocurrencia del siniestro y le reclama el pago de los servicios médicos prestados.

TERCERO. No es un hecho que se pueda negar o afirmar, comoquiera que se trata de apreciaciones subjetivas del apoderado judicial de la parte demandante.

CUARTO. No es cierto lo indicado por el apoderado judicial de la parte demandante. Tal y como quedara demostrado en el acápite de excepciones, el hecho de que se alegue que la Clínica presentó ante LIBERTY SEGUROS S.A, las facturas a fin de que la seguradora realizara el pago, no significa que estas cumplan con las condiciones normativas y de forma para la procedencia del pago.

QUINTO. Es cierto. Teniendo en cuenta que de acuerdo al decreto 056 de 2015, el hecho de que se presenten facturas ante la compañía pretendiendo su pago, no significa que la aseguradora deba proceder con el pago, ya que luego de realizar un análisis de la documentación aportada e investigaciones que realiza una empresa contratada por LIBERTY SEGUROS S.A, se determina si se glosa o procede con el pago.

Indica lo anterior, que si la compañía aseguradora glosó una o todas las facturas presentadas por la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR, no se debió a un actuar caprichoso, por el contrario en el acápite de excepciones quedara demostrada las razones jurídicas y probatorias para la objeción de las reclamaciones.

SEXTO. No es un hecho sino una afirmación subjetiva del accionante sin sustento jurídico ni probatorio. Sin embargo, aunque no sea el acápite idóneo para ello, nos referimos a esta manifestación cuestionando su fundamentación en la medida en que la obligación a cargo de una aseguradora no surge, como parece entenderlo el actor, de la simple presentación de una factura.

La factura (en original, dicho sea de paso), no es más que uno de los documentos que se deben anexar a una reclamación formal que la IPS debe presentar en un formulario oficial, aparejada de otros documentos que le van a suministrar a la compañía de seguros los elementos de juicio necesarios para determinar la procedencia o no del reconocimiento y pago de los conceptos reclamados por la Institución Prestadora de los Servicios de Salud. Para tales efectos nos remitimos al contenido del artículo 26 del Decreto 56 de 2015.

Así que, aun aceptando en gracia de discusión que la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR presentó ante las dependencias de LIBERTY SEGUROS S.A. las facturas relacionadas en el hecho número tres de la demanda, esta circunstancia por sí misma no es demostrativa de la existencia de obligación alguna.

SÉPTIMO. No nos constan. Las circunstancias narradas en este hecho deben ser probadas por el actor.

La razón por la cual la aseguradora no puede hacer un pronunciamiento positivo o negativo respecto de la afirmación contenida en este numeral es el hecho de que el demandante no suministra el número de la o las pólizas supuestamente expedidas por LIBERTY SEGUROS S.A. que se deben afectar con los servicios de salud descritos en cada una de las facturas relacionadas.

De otra parte, el hecho de que la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR S.A.S indique a través de su apoderado que subsanó las objeciones que realizó la compañía aseguradora, no significa que ello sea para que LIBERTY SEGUROS S.A, realice el pago, ya que se deben mirar un conjunto de circunstancias para que se proceda con el pago de facturas por prestación de servicios médicos a cargo de

pólizas SOAT, en atención a la particularidad de este tipo de seguros y la reglamentación del mismo.

OCTAVO. No es cierto lo manifestado por el apoderado judicial de la parte demandante. Lo cierto es que LIBERTY SEGUROS S.A, siempre que objeta o glosa una factura lo hace con los suficientes soportes normativos y probatorios. Ya que este tipo de seguros -SOAT- requieren un tratamiento especial.

NOVENO. No es un hecho sino una afirmación subjetiva del accionante sin sustento jurídico ni probatorio. Sin embargo, aunque no sea el acápite idóneo para ello, nos referimos a esta manifestación cuestionando su fundamentación en la medida en que la obligación a cargo de una aseguradora no surge, como parece entenderlo el actor, de la simple presentación de una factura.

La factura (en original, dicho sea de paso), no es más que uno de los documentos que se deben anexar a una reclamación formal que la IPS debe presentar en un formulario oficial, aparejada de otros documentos que le van a suministrar a la compañía de seguros los elementos de juicio necesarios para determinar la procedencia o no del reconocimiento y pago de los conceptos reclamados por la Institución Prestadora de los Servicios de Salud. Para tales efectos nos remitimos al contenido del artículo 26 del Decreto 56 de 2015.

Así que, aun aceptando en gracia de discusión que la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR presentó ante las dependencias de LIBERTY SEGUROS S.A. las facturas relacionadas en el hecho décimo tercero de la demanda, esta circunstancia por sí misma no es demostrativa de la existencia de obligación alguna.

De otra parte, tampoco suministra el actor la información necesaria para determinar la OPORTUNIDAD en la presentación de las facturas. Sobre este particular basta señalar que para verificar la oportunidad, se debe contar con la información referente a la fecha de ocurrencia del siniestro, fecha a partir de la cual la IPS cuenta con dos años para radicar la factura.

Si en nuestro caso el actor no nos ha dicho en qué fecha ocurrió cada siniestro, ni mucho menos ha demostrado tal circunstancia, como puede verificarse si la radicación de las facturas resulta oportuna.

DECIMO. No es cierto. LIBERTY SEGUROS S.A. ha cancelado las obligaciones que CLINICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR le ha presentado en las reclamaciones formuladas.

De otra parte, el accionante incluye una consideración jurídica impropia en la que, además, reitera la falta de técnica jurídica en la confección de la demanda, al señalar que procede el “cobro por vía judicial”, olvidando que la acción ejercida no implica un cobro sino la declaración de unas supuestas obligaciones a cargo de la aseguradora.

DECIMO PRIMERO: No es un hecho que se pueda negar o afirmar, comoquiera que se trata de apreciaciones subjetivas del apoderado judicial de la parte demandante.

DECIMO SEGUNDO: Es cierto que la compañía aseguradora deberá pagar las facturas, siempre y cuando se cumplan con todos los requisitos que para ello exige el decreto 056 de 2015, y demás normas que regulan las pólizas SOAT.

En el caso concreto, se tiene que LIBERTY SEGUROS S.A, no realizó el pago de facturas teniendo en cuenta la falta de cumplimiento de los requisitos, en especial por la no pertinencia médica, póliza prestada, entre otras.

DECIMO TERCERO: No es cierto. Aun cuando hemos señalado que la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR no ha identificado los números de pólizas SOAT expedidas por LIBERTY SEGUROS S.A. con cargo a las cuales pretende el reconocimiento de la existencia de obligaciones, lo que impide el análisis de la situación que presenta cada caso en particular, lo que sí tenemos claro es que la aseguradora que apodero no adeuda a la entidad de salud demandante la suma de \$160.698.547.

Aprovechamos para destacar la evidente falta de técnica jurídica del accionante en la redacción de este hecho, toda vez que omite narrar las circunstancias que a su juicio le permiten determinar la cuantía de las obligaciones cuyo reconocimiento solicita.

Para ilustrar lo anterior, basta tener en cuenta el primer ítem de la relación que incluye en este numeral, en el que identifica una factura con el número 295, señalando que la misma fue expedida por un valor total de \$209.800, pero de los cuales cobra la suma de \$29.500.

Nos surgen los siguiente interrogantes: A qué obedece el cobro de esta suma de \$29.500? Se trató de un pago parcial que hizo LIBERTY SEGUROS S.A.? Se trató de una glosa que le hizo la aseguradora y con el cual el demandante no estuvo de acuerdo?

En fin, lo que queremos destacar es que se desconocen las razones que el demandante tuvo en cuenta para calcular el valor que coloca como saldo pendiente en la última columna del cuadro que aporta, circunstancia que impide que se declare como obligación de la compañía, el monto pretendido por la accionante.

DECIMO CUARTO: No es un hecho que se pueda negar o afirmar, comoquiera que se trata de apreciaciones subjetivas del apoderado judicial de la parte demandante.

DECIMO QUINTO: No es un hecho que se pueda negar o afirmar, comoquiera que se trata de apreciaciones subjetivas del apoderado judicial de la parte demandante.

DECIMO SEXTO: Es cierto que en fecha 08 de julio de 2020, se llevó a cabo audiencia de conciliación prejudicial.

IV.PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LAS PRETENSIONES

PRIMERA. Nos oponemos de manera expresa al reconocimiento de esta pretensión por las siguientes razones:

- Porque el actor no suministra al Juez la información y los documentos exigidos por las disposiciones legales pertinentes para realizar el análisis que permita determinar la existencia de obligaciones a cargo de LIBERTY SEGUROS S.A.; en particular no es posible determinar con las pruebas aportadas (facturas), los servicios de atención médica, quirúrgica farmacéutica y hospitalaria supuestamente prestados por la clínica accionante; tampoco es posible demostrar si dichos servicios fueron prestados con ocasión de un accidente de tránsito y menos aún si el servicio se prestó con cargo a pólizas expedidas por la compañía aseguradora que apodero.
- Porque el actor no explica ni justifica la cuantía que solicita se le reconozca, la cual totaliza en \$160.698.547.
- Porque el actor no señala cuál o cuáles son las Pólizas SOAT supuestamente expedidas por LIBERTY SEGUROS S.A. que se deben afectar con las obligaciones cuya declaración solicita.

SEGUNDA. Nos oponemos al reconocimiento de esta Pretensión toda vez que las glosas realizadas por LIBERTY SEGUROS S.A cuentan con soporte normativo y probatorio. Adicionalmente, no puede pretender la parte demandante el reconocimiento y pago de unas facturas por servicios SOAT, cuando no informa en el libelo de la demanda ni en los documentos anexos, LOS NUMEROS ni ningún otro dato que permita identificar las pólizas SOAT supuestamente expedidas por LIBERTY SEGUROS S.A que se afectaron con la atención de las personas mencionadas en cada una de las facturas aportadas como anexos de la demanda.

Llamamos la atención del juzgador en que, el abogado accionante no identificó las pólizas.

TERCERA. Nos oponemos al reconocimiento de esta pretensión por las razones que procederemos a exponer en el acápite de "EXCEPCIONES". En especial, porque a LIBERTY SEGUROS S.A, no le asiste la obligación de cancelar el monto de las facturas que se relacionan en el numeral.

CUARTA. Nos oponemos de manera expresa al reconocimiento de esta pretensión por cuanto es dependiente de las anteriores cuya improcedencia ya invocamos y tendremos oportunidad de demostrar en el curso del presente proceso.

QUINTA: Nos oponemos al reconocimiento y pago de costas procesales y agencias en derecho, comoquiera que a LIBERTY SEGUROS S.A, no le asiste obligación alguna frente a la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR S.A.S.

V.EXCEPCIONES.

De la posición jurídica que hemos venido esbozando a lo largo de este escrito se infieren las excepciones que a renglón seguido pasamos a proponer.

1.IMPROCEDENCIA DE LA DECLARATORIA DE EXISTENCIA DE OBLIGACIONES A CARGO DE LIBERTY SEGUROS S.A.

Esta excepción se hace consistir en que no es posible ni fáctica ni jurídicamente para el señor Juez declarar la existencia de obligaciones a cargo de la aseguradora, porque para tales efectos se requiere de cierta información y pruebas que el demandante no ha suministrado, y que el Juez no puede suplir.

Desarrollamos este medio exceptivo de la siguiente manera:

El demandante inicia proceso de conocimiento (no ejecutivo) con el fin de que el Juez DECLARE la existencia de obligaciones a cargo de LIBERTY SEGUROS S.A. por la atención de pacientes lesionados con ocasión de accidentes de tránsito con cargo a Pólizas SOAT expedidas por dicha aseguradora.

La acción judicial escogida por el actor le exige cumplir con la carga de la prueba que le compete, demostrando la presencia de todos los elementos que son necesarios para declarar las obligaciones pretendidas.

Ahora bien, las disposiciones reglamentarias del contrato de Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, SOAT, exigen, para efectos de reconocer obligaciones a cargo de la aseguradora que lo haya expedido, la satisfacción de ciertos y determinados requisitos.

En consecuencia, para efectos de obtener el reconocimiento de sus pretensiones CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR debe PROBAR el cumplimiento de todos y cada uno de esos requisitos legales contenidos en las normas pertinentes.

A contrario sensu, si el demandante no demuestra la satisfacción de los presupuestos legalmente exigidos, el señor Juez no podrá reconocer la existencia de las obligaciones pretendidas, por carencia de los elementos de juicio necesarios para realizar este análisis.

Así las cosas, corresponde identificar esos presupuestos y requisitos a fin de verificar si en nuestro caso concreto el demandante satisface plenamente la carga de la prueba, respecto de cada una de las pretensiones acumuladas en la demanda.

Para desarrollar este planteamiento, se hace necesario en principio consultar las disposiciones legales reglamentarias del contrato de seguro obligatorio de accidente de tránsito, SOAT, a fin de verificar los presupuestos legales exigidos. Fundamentalmente estos requisitos se encuentran consagrados en disposiciones legales que hacen parte de los siguientes cuerpos normativos:

- Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, EOSF, Decreto 663 de 1993.
- Decreto 3990 de 2007;
- Ley 1438 de 2011;
- Decreto 56 de 2015.

Así las cosas, procede determinar, con fundamento en las reglamentaciones legales señaladas, cuáles son esos requisitos exigidos para la declaratoria de existencia de obligaciones a cargo de una póliza SOAT, y verificar si tales presupuestos se satisfacen en nuestro caso particular. Veamos:

1.1. Que se presente una Reclamación.

El primer presupuesto, cuyo cumplimiento permite a la compañía de seguros enterarse de la ocurrencia de un siniestro con cargo a la póliza SOAT por ella expedida, es la presentación de una reclamación formal por parte de la IPS que prestó los servicios de salud.

Ahora bien, esa reclamación debe ser presentada en un formato especial exigido por las autoridades administrativas correspondientes, formato que está diseñado de modo que contenga la información necesaria para que la aseguradora pueda realizar el análisis de la situación y determinar la existencia o no de la obligación, y sus alcances. Para una mayor ilustración de nuestra aseveración, anexo a este memorial adjuntamos el formulario oficial contentivo del esquema de reclamación formal así como un Manual que contiene las Instrucciones para su diligenciamiento, expedido por el Ministerio de Protección Social.

Es decir, no se trata del cumplimiento de una simple formalidad, sino de la satisfacción de un requisito que tiene propósitos sustanciales, concretos y útiles, en la medida en que suministra los datos necesarios para analizar la situación que generó la atención del paciente, permitiendo de esta manera determinar la existencia o no de la obligación a cargo de la aseguradora.

Así lo establecen las siguientes normas legales a cuyo tenor literal nos remitimos sin mayores elucubraciones, por la claridad de la disposición que contienen:

- **Art. 195 EOSF.**

...

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

- **Artículo 4° Decreto 3990/07. Reclamación.** Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, deberán acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, para lo cual podrán utilizar cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley,...; **dicha**

reclamación estará conformada por los formularios adoptados por el Ministerio de la Protección Social, acompañados de los documentos correspondientes a cada cobertura, en original o copia auténtica, según el caso, así:

...”

- **Artículo 26 Decreto 56/15.** Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito,... los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante ... la aseguradora, ... los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación según formato adoptado por el Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

De esta manera queda demostrada que se requiere la presentación por parte de la IPS de una reclamación a la aseguradora en los formatos especiales exigidos por las Autoridades Administrativas.

Ahora bien, la presentación de la reclamación en las condiciones exigidas por las disposiciones legales tiene como propósito la realización, por parte la compañía de seguros, de un análisis de fondo que le permita determinar la procedencia o no de la reclamación, previa verificación de las circunstancias fácticas de que da cuenta la información contenida en el formulario de reclamación. Así lo contempla el artículo 36 del Decreto 56 de 2015, que es del siguiente tenor literal:

- **Artículo 36 Decreto 56/15. Verificación de requisitos.** Presentada la reclamación, las compañías de seguros..., 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.”

Es decir, la presentación de la reclamación con las formalidades anotadas precedentemente, no constituye una exigencia injustificada, sino un requisito que tiene un trasfondo relevante con repercusiones sustanciales, en la medida en que permite el análisis de la situación de fondo tendiente a verificar si hay lugar o no al reconocimiento de una obligación a cargo de la aseguradora y a favor de la IPS que prestó el servicio.

En nuestro caso, el abogado de la entidad demandante solicita al señor Juez que declare la existencia de obligaciones supuestamente derivadas de la atención a pacientes lesionados en accidentes de tránsito, pero no aporta a su demanda la reclamación en los formularios oficiales exigidos por las disposiciones legales transcritas en precedencia, para que el Juzgador tenga la oportunidad de revisar y analizar la información de que da cuenta este formato, y de esta manera poder determinar si efectivamente la obligación demandada existe o no.

En consecuencia, por sustracción de materia, el señor Juez no puede realizar el análisis solicitado en la demanda para que se declaren las obligaciones pretendidas por el demandante.

1.2. Que se demuestre la existencia de un Accidente de Tránsito.

Indudablemente al tratarse de un Seguro Obligatorio de ACCIDENTE DE TRANSITO, es requisito sine quanum para su afectación que haya ocurrido un evento de tal naturaleza, constituyendo ésta una primera condición de cobertura de la póliza SOAT. Así se desprende del contenido de preceptos como los que se transcriben a continuación:

- **Artículo 9° Decreto 56 de 2015. Cobertura.** Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas **de accidente de tránsito**..., serán cubiertas por la compañía aseguradora del SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, así:

1. Por la compañía aseguradora, **cuando tales servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito** en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smlDV), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

- **Artículo 36. Decreto 56 de 2015. Verificación de requisitos.** 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...**

- **Artículo 2° Decreto 3990 de 2007. Beneficios.** Las personas que sufran daños corporales **causados en accidentes de tránsito** ..., tendrán derecho a los servicios y prestaciones ... con cargo a la entidad aseguradora que hubiere expedido el SOAT... así:

1. Servicios médicoquirúrgicos. En el caso de accidentes de tránsito la compañía de seguros... reconocerán una indemnización máxima de quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes en el momento de la ocurrencia del accidente..."

- **Artículo 4° Decreto 3990 de 2007. Reclamación.** Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, **deberán acreditar la ocurrencia del suceso** ..., para lo cual podrán utilizar cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley, ... "

- **Artículo 5° Decreto 3990 de 2007. Controles.** ... quienes tienen a su cargo el pago de las indemnizaciones a las que se refiere el presente decreto, deberán objetar las reclamaciones en las cuales **no se encuentre debidamente**

demostrada la ocurrencia del hecho o la cuantía de la indemnización o ésta ya se hubiere reconocido...”

- Artículo 194 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Pago de Indemnizaciones.
1. Prueba de los daños. En el seguro de que trata este capítulo todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y de sus consecuencias dañosas para la víctima...”

El contenido de las disposiciones traídas a colación evidencia que el requisito más elemental para efectos de determinar la afectación de una póliza SOAT es que se haya producido un evento traumático calificado como accidente de tránsito.

Ahora bien, la misma normatividad legal reglamentaria del contrato de seguros obligatorio en accidente de tránsito ha contemplado disposiciones que hacen referencia a la forma de demostrar este hecho dañino sin que tales preceptos configuren una suerte de tarifa legal, tal como se desprende de los apartes que se transcriben a continuación:

- Artículo 194 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Pago de Indemnizaciones.

1. Prueba de los daños. En el seguro de que trata este capítulo todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y de sus consecuencias dañosas para la víctima

a) <Literal a) modificado por el artículo 244, numeral 2 de la Ley 100 de 1993. El texto es el siguiente:> A certificación sobre la ocurrencia del accidente. El Gobierno Nacional reglamentará la forma en que habrá de demostrarse la ocurrencia de éste. Será prueba del mismo la certificación que expida el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario.

b. La certificación de la atención por lesiones corporales o de incapacidad permanente, causadas a las personas en accidentes de tránsito, expedida por cualquier entidad médica, asistencial u hospitalaria, debidamente autorizada para funcionar;

Para la expedición de esta certificación se exigirá la denuncia de la ocurrencia del accidente de tránsito, la cual podrá ser presentada por cualquier persona ante las autoridades legalmente competentes.

- **Artículo 4° Decreto 3990 de 2007. Reclamación.** Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, deberán acreditar la ocurrencia del suceso...:

2.Servicios médicoquirúrgicos:

- a) ..., para los accidentes de tránsito, se acompañará de certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito o la correspondiente denuncia de la ocurrencia del evento ante las autoridades competentes;
 - b) Copia original de la denuncia penal de ocurrencia del accidente de tránsito presentada por cualquier persona ante autoridad competente, cuando el hecho haya sido ocasionado voluntariamente o por manipulación criminal y sea posible la identificación del responsable;
- **Artículo 143 Ley 1438 de 2011. Prueba Del Accidente en el SOAT.** Para la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito...”.

Como puede observarse de los apartes transcritos, la ocurrencia del accidente puede ser demostrada por diversos mecanismos, de los cuales destacamos:

- Certificación expedida por las autoridades de tránsito;
- Croquis;
- Denuncia ante las autoridades policivas;
- Certificación Médica suministrada por el médico de urgencias, en el Formato autorizado por el Ministerio de Protección Social.

En nuestro caso, el abogado de la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR informa que su cliente atendió a personas que resultaron lesionadas con ocasión de un accidente de tránsito, pero no suministra información alguna acerca de tal evento.

No es posible determinar obligación alguna en cabeza de la aseguradora si no se tiene certeza de que los servicios de salud fueron prestados a personas que sufrieron lesiones con ocasión de la ocurrencia de un Accidente de Tránsito, o si se desconocen las circunstancias temporales, espaciales o modales de dicho evento.

En efecto, en cuanto a las circunstancias temporales, es imprescindible determinar la fecha de ocurrencia del accidente, porque de esta manera se puede conocer si el hecho ocurrió dentro de la vigencia de la póliza de la póliza SOAT: Si el evento ocurrió antes de entrar a regir la póliza, o luego que expiró la vigencia de la misma, no tiene cobertura y, por ende, no es viable declarar obligación alguna a cargo de la aseguradora que la expidió (a este respecto resulta pertinente remitirnos al contenido del artículo 1073 del Código de Comercio).

Así mismo, en lo que a las circunstancias espaciales se refiere, es necesario tener en cuenta que las disposiciones legales determinan que la cobertura del SOAT se da en la medida en que el accidente de tránsito haya ocurrido dentro del territorio nacional, en vías públicas o con acceso al público. Como en este caso el apoderado

del demandante no ha contado ni mucho menos demostrado en donde ocurrió el accidente que dio lugar a la atención médica de cada paciente, el señor Juez carece de la herramienta necesaria para declarar las obligaciones en cabeza de la aseguradora.

Como corolario de lo expuesto en precedencia, la falta de información y prueba acerca de la ocurrencia del accidente y sus circunstancias, impide al señor Juez determinar la existencia de las obligaciones pretendidas por el actor, por falta de elementos de juicio que le permitan realizar el análisis correspondiente.

1.3. Identificación de la Póliza SOAT a afectar.

El tercer requisito cuya exigencia se desprende del sentido común más que del contenido de disposiciones legales, es la identificación plena de la Póliza SOAT que se pretende afectar.

Todo establecimiento de salud conoce el procedimiento legal y exige para la atención de los lesionados en accidente de tránsito que se le aporte copia del SOAT que amparaba el vehículo en el que se movilizaba el paciente. Este es el mecanismo por medio del cual la IPS conoce la entidad a la cual le va a generar la factura.

Ahora bien, la identificación de este documento se necesita para determinar circunstancias tan importantes como: la existencia misma de una Póliza SOAT; su autenticidad (es decir, que no sea falsa); la identificación del vehículo amparado, indicando sus placas y; la vigencia de la póliza.

La verificación de tales circunstancias resulta imprescindible para la determinación de la obligación a cargo de la aseguradora si se tiene en cuenta que, como lo señalamos en el punto anterior, si el accidente ocurrió antes del inicio de la vigencia, o después de que está expiró, los costos del servicio médico prestado al paciente no pueden ser exigidos a dicha aseguradora por falta de cobertura de la póliza SOAT (lo anterior en aplicación del artículo 1073 del Código de Comercio ya citado).

En consecuencia, se hace indispensable que quien analice la situación para efectos de determinar una obligación a cargo de la aseguradora que expidió el SOAT cuente con la copia de la póliza para que pueda determinar su cobertura.

No obstante, si por cualquier circunstancia la IPS no cuenta con la copia de la póliza SOAT pero sabe qué compañía la expidió, por lo menos puede suministrar las placas del vehículo asegurado, de modo tal que la aseguradora tenga la posibilidad de revisar en sus archivos internos y determinar la póliza que se debe afectar. Es de anotar que estos datos son exigidos expresamente por el formato oficial de reclamación que la IPS debe presentar ante la aseguradora, y cuyo aporte a esta demanda echamos de menos en el punto anterior.

En nuestro caso, el abogado de la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR NO menciona el número de las pólizas SOAT que supuestamente cubren cada uno de los eventos de los cuales pretende derivar una obligación para mi poderdante.

Pero más aún, ni siquiera identifica las placas de cada vehículo que se vio involucrado en el accidente de tránsito, dato que permitiría verificar la póliza vigente para la fecha del siniestro (información de la cual también carecemos como se vio anteriormente).

En las condiciones anteriores resulta imposible realizar un análisis que permita determinar obligación alguna a cargo de la aseguradora demandada.

Si no sabemos de qué pólizas se trata, como podría el señor Juez declarar obligaciones derivadas de un vínculo contractual que se desconoce?

Cómo pueden inferirse obligaciones de un negocio jurídico subyacente cuya existencia y alcances no se encuentran probados?

La falta de identificación de las pólizas SOAT y/o de las placas de los vehículo amparados con las mismas, imposibilitan la labor de Juzgamiento del señor Juez, impidiendo que acoja las pretensiones de la demanda declarando obligaciones inciertas.

1.4. Acreditación de la condición de víctima.

La acreditación de la condición de víctima es un requisito exigido por diversas disposiciones reglamentarias del contrato de seguros SOAT, en especial por la contenida en el artículo 36 de la Decreto 56 de 2015 que establece:

Artículo 36. Verificación de requisitos. Presentada la reclamación, las compañías de seguros..., 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,..."

A su turno, el artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en su numeral 5° contempla una condición de cobertura de la póliza, determinando como tal que el SOAT solo ampara a los ocupantes del vehículo asegurado o a peatones, pero nunca a ocupantes de otros vehículos, los cuales deben ser atendidos con cargo al SOAT del vehículo en el que se desplazaban, o en su defecto, por el FOSYGA en caso de que dicho automotor carezca de póliza. La norma en cita dispone:

“Artículo 194. Pago de Indemnizaciones.....

5. Concurrencia de vehículos. 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.

Es decir, para efectos de determinar si los servicios de salud prestados a un lesionado en accidente de tránsito deben ser cubiertos por una póliza SOAT es imprescindible saber la condición de ese lesionado, esto es:

- Ocupante del vehículo amparado con la póliza que se pretende afectar;
- Peatón;
- Ocupante de otro automotor.

En éste último caso, los servicios prestados carecen de cobertura, porque el lesionado debió ser atendido con el SOAT del otro vehículo, o, en su defecto, por el FOSYGA.

Lo anterior evidencia la importancia de determinar la calidad en que actúa la víctima respecto del vehículo amparado con la póliza SOAT, toda vez que, en algunos eventos tendrá cobertura, y en otros no.

En nuestro caso, el apoderado de la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR no ha informado ni mucho menos demostrado la condición que cada uno de los pacientes supuestamente atendidos por dicha entidad, presentaba respecto de los accidentes de tránsito en los que supuestamente se vieron involucrados.

En consecuencia, es menester concluir (al igual que en los requisitos analizados anteriormente) que el señor Juez carece de la información necesaria para verificar la cobertura de la póliza y, por ende, para determinar la existencia de obligación alguna a cargo de la aseguradora.

1. 5. Pertinencia de los conceptos reclamados.

Una de las circunstancias que deben ser analizadas por la aseguradora (y en nuestro caso por el señor Juez) para determinar la procedencia de una obligación a su cargo es la pertinencia de los conceptos reclamados, esto es, que los servicios médicos prestados a los pacientes que se hayan visto involucrados en accidente de tránsito tengan relación con las lesiones efectivamente padecidas en tales eventos.

A manera de ejemplo, no es dable prestar asistencia odontológica a un paciente que al verse involucrado en un accidente de tránsito fue diagnosticado como única patología con un esguince de tobillo.

Las aseguradoras, por disposición legal, tienen la facultad (y el deber) de realizar auditorías desde el punto de vista médico para verificar la pertinencia de los tratamientos y medicamentos suministrados a pacientes.

Es por ello que el artículo 26 de Decreto 56 de 2015 exige como anexo necesario de la reclamación la epicrisis o resumen clínico y los documentos que lo soportan:

“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.

A su turno, los artículos 31 y 32 *ibídem* al referirse al contenido de los documentos denominados “Epicrisis” y “Resumen Clínico de Atención”, exigen, entre otros requisitos, que se indique la relación del servicio médico prestado, con el evento que originó la atención.

1.6. Cuantía de la Reclamación.

El artículo 36 del Decreto 56/15 establece que la aseguradora, al analizar la situación para determinar la procedencia o no del reconocimiento de la indemnización solicitada, debe verificar, entre otras circunstancias, la cuantía de la obligación.

Este concepto pretende ser satisfecho por el apoderado de la entidad demandante con los documentos que aportó como anexos de la demanda en 1586 folios. Sin embargo, estos documentos no reúnen a cabalidad las condiciones para ser tenidas como prueba del requisito en comento.

Lo anterior por cuanto dichos documentos adolecen de falencias que constituyen irregularidades que afectan su validez probatoria. Para corroborar lo anterior basta tener en cuenta las siguientes circunstancias:

- Algunas de las facturas carecen de constancia de recibido de parte de LIBERTY SEGUROS S.A.;

En las condiciones anotadas, debemos señalar que no se encuentra probada la cuantía de la reclamación.

1.7. Presentación Oportuna de la Reclamación.

Este requisito se encuentra contemplado expresamente en el precepto contenido en el artículo 36 del Decreto 56/15 que establece:

Artículo 36 del Decreto 56/15

Artículo 36. *Verificación de requisitos.* 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... su presentación dentro del término a que refiere este decreto y...

Ahora bien, lo anterior nos lleva a preguntarnos cuál es el término que tiene la IPS para que la reclamación sea considerada oportuna? La respuesta a tal interrogante se halla en los preceptos que se transcriben a continuación:

Artículo 11 del Decreto 56/15

Artículo 11. *Término para presentar las reclamaciones.* Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a) ...

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

Artículo 41 del Decreto 56/15. Condiciones de la póliza SOAT.

Artículo 41. *Condiciones del SOAT.* Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, 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.

Artículo 10 Decreto 3990/07. Condiciones de la Póliza.

“Artículo 10. *Otras condiciones.* En adición a lo previsto en los artículos anteriores, las condiciones generales aplicables al seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito, Soat, incluirán las siguientes cláusulas:

...

PAGO DE LA INDEMNIZACION Y SANCION POR MORA

La compañía de seguros está obligada a efectuar el pago de la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la víctima o sus causahabientes o las personas que demuestren haber asumido los gastos funerarios o realizado el transporte, acrediten, **dentro de los plazos previstos en el artículo 1081** del Código de Comercio, su derecho ante la aseguradora y hayan demostrado la ocurrencia del siniestro y su cuantía.”

Conforme a las disposiciones transcritas, el plazo para presentar la reclamación es el que se señala en el artículo 1081 del Código de Comercio, que es la disposición que reglamenta la prescripción extintiva de las acciones derivadas del contrato de seguros, señalando como tal un lapso de dos años para los interesados, contados a partir del conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción.

Específicamente, en tratándose de las disposiciones reglamentarias del contrato de seguro obligatorio en accidente de tránsito SOAT, el numeral 1.1 del artículo 41 del Decreto 56/15 (transcrito en precedencia) contempla que el término del artículo 1081 del Código de Comercio se debe contar desde la fecha en que el paciente fue atendido, o desde el momento en que se autorizó su salida de la entidad de salud (coloquialmente hablando, desde cuando se le dio de alta).

Así las cosas, para la determinación de la oportunidad en la reclamación se hace necesario cotejar dos fechas: la de la atención del paciente (o la salida del centro de salud) con la de la presentación de la reclamación. Lo anterior para efectos de determinar si la reclamación se presentó por fuera de los dos años de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio, en cuyo caso, habría dejado de ser exigible por la operancia de la prescripción.

Pues bien, en nuestro caso el accionante en el libelo de la demanda no informa ni mucho menos demuestra la fecha en que el paciente fue atendido o fue dado de alta, ni la fecha en que presentó reclamación formal en el formulario autorizado por el Ministerio de Protección Social con todos sus anexos. Tal circunstancia imposibilita que el señor Juez pueda determinar la oportunidad en la presentación de la reclamación.

Ahora bien, no es viable asumir que la demanda que dio lugar a este proceso actúa como reclamación, por cuanto esta carece de la información exigida en el formulario oficial autorizado por al Ministerio de Protección Social.

La imposibilidad de realizar el análisis de oportunidad impide al señor Juez declarar unas obligaciones que, por las razones expuestas, se encuentran revestidas de incertidumbre.

CONCLUSIONES.

A manera de conclusiones podemos señalar:

- Como consecuencia de lo anterior, para que se reconozca la existencia de éstas obligaciones, el demandante debe demostrar (carga de la prueba) la satisfacción de todos los requisitos y presupuestos exigidos por las disposiciones legales reglamentarias del contrato de Seguros Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
- El cumplimiento de los requisitos tiene como propósito suministrar la información y documentos necesarios para analizar la procedencia del reconocimiento de la indemnización.
- A contrario sensu, la ausencia de la satisfacción de los requisitos legales implican la imposibilidad de reconocer las obligaciones reclamadas, por sustracción de materia.
- En nuestro caso el demandante no informa ni demuestra:
 - La presentación de la reclamación en el formulario oficial con los anexos requeridos (no se aportó la copia del formato diligenciado con constancia de recibido);
 - La acreditación de la condición de víctima del paciente atendido.
 - La pertinencia de los conceptos reclamados;
 - La presentación oportuna de la reclamación.

Es decir, el demandante no demuestra la satisfacción de los presupuestos legales exigidos para la determinación de la procedencia del pago reclamado.

Las premisas relacionadas precedentemente evidencian que el demandante no aportó al expediente los elementos de juicio necesarios para realizar el análisis que permita determinar la existencia de obligaciones en cabeza de LIBERTY SEGUROS S.A., con cargo a pólizas SOAT expedidas por dicha aseguradora.

En consecuencia, el actor demanda del señor Juez una labor de juzgamiento para que declare la existencia de una obligación, pero omite suministrarle las herramientas necesarias para llevarla a cabo. En tales condiciones, las pretensiones no están llamadas a prosperar.

2. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS

En principio destaquemos que las acciones derivadas del contrato de seguros tienen un régimen de prescripción extintiva especial, cuya consagración se encuentra contenida en el artículo 1081 del Código de Comercio. La norma en comento dispone:

“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.

Como puede observarse, en tratándose de contrato de seguros las acciones judiciales tienen un régimen de prescripción dual, consistente en una prescripción calificada de ordinaria y que opera en dos años, y una calificada como extraordinaria que se configura en cinco años.

La Corte Suprema de Justicia ha tenido la oportunidad de referirse en repetidas oportunidades a esta disposición, y luego de analizar las expresiones “INTERESADO” y “TODA CLASE DE PERSONAS” empleadas en los incisos 2° y 3°, respectivamente, concluye que la Prescripción Ordinaria corre contra todos los interesados, excepto los incapaces, a quienes se les aplica el término de cinco años de la Extraordinaria.

Así se evidencia con el siguiente aparte jurisprudencial tomado de la sentencia proferida el 29 de Junio de 2007 por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia con ponencia del Dr. CARLOS IGNACIO JARAMILLO JARAMILLO en el expediente N°11001-31-03-009-1998-04690-01 (una de las muchas sentencias que sobre este particular se han proferido):

c)En lo que atañe a las personas cuyas acciones o derechos pueden extinguirse por el fenómeno de que se trata, la norma en comento advirtió, en relación con la prescripción extraordinaria, que ella "corre contra toda clase de personas" (Se subraya), entendimiento que permite colegir, de un lado, que **la ordinaria** -sobre la cual, en el punto, la norma no consagró ninguna advertencia especial- **no opera contra los incapaces, en tanto que la extraordinaria, por el contrario, sí aplica respecto de ellos, es decir, se itera, de "toda clase de personas"**.

Esa fue la inteligencia que la Corte, desde su **sentencia de 7 de julio de 1977**, ha venido dando a la mencionada locución del inciso 3° del artículo 1081 del Código de Comercio. En dicho fallo, se precisó que "El -término, se aclara- de la extraordinaria - comienza a correr 'contra toda clase de personas... desde el momento en que nace el respectivo derecho', expresión ésta que sin duda alguna equivale a la que emplea el segundo inciso del artículo que se comenta. El derecho a la indemnización nace para el asegurado o para el beneficiario, en su caso, en el momento en que ocurre el hecho futuro e incierto a que estaba suspensivamente condicionado, o lo que es lo mismo, cuando se produce el siniestro... **La expresión 'contra toda clase de personas' debe entenderse en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aun contra los incapaces** (artículo 2530 numeral 1° y 2541 del C.C.), **así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento del siniestro...el legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea, como ocurre con las que aparecen en los incisos 2° y 3° del artículo 1081, acaso para no incurrir en repeticiones o para destacar lo que se expuso respecto de los incapaces en el párrafo anterior,...**" (G.J. CLV, p. 153; se subraya).

Y en el ya citado proveído de 3 de mayo de 2000, reiteró sobre la prescripción ordinaria y extraordinaria, que "La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades éstas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas-excluidos los incapaces y 'toda clase de personas'- incluidos éstos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo".

En torno a ese mismo punto, autorizada doctrina explica que "conforme al inc. 3° del art. 1081, la prescripción extraordinaria 'correrá contra toda clase de personas'. Obviamente contra los interesados en el contrato que, como el asegurador, el tomador, el asegurado o el beneficiario, derivan de él algún derecho y cuya inactividad es objeto de la sanción a que la norma se refiere.

Pero **lo que aquella locución significa específicamente es que la prescripción extraordinaria o quinquenal corre aun contra los incapaces.** Es una mera reproducción textual del mandato consignado en el art. 2544 del Código Civil, según el cual las prescripciones 'de corto tiempo' (título 41, capítulo 4°) 'corren contra toda clase de personas, y no admiten suspensión alguna'. Su incorporación en el citado inciso del art. 1081 se juzgó procedente, necesaria, precisamente por no ser de corto tiempo (art. 2545) las prescripciones sujetas a esa disposición"³(Se subraya).

Por tanto, la expresión "contra toda clase de personas", que en relación con la prescripción extraordinaria contempla el inciso 3° del tantas veces citado artículo 1081 del estatuto mercantil, no tuvo por fin circunscribir esa precisa forma de extinción de las acciones, a una o unas específicas y mucho menos, a las que surjan con ocasión del seguro de daños, como tampoco significa

que esa modalidad prescriptiva sólo opera respecto de ciertos interesados, en particular los beneficiarios, pues la amplitud del precepto deja en claro que ambas clases de prescripción, por regla, se aplican a la generalidad de las acciones que tienen fuente en el negocio asegurativo o en la normatividad a que él está sometido y que operan en pro o en contra de todo interesado, no siendo entonces de recibo en esta materia la hermenéutica que efectúa el censor en su demanda casacional, como se anticipó.

...”

Lo anterior nos lleva a determinar una primera premisa importante para efectos de la excepción que se propone: La Corte Suprema ha decantado que el concepto de INTERESADO empleado en el inciso 2° del artículo 1081 del Código de Comercio al describir la prescripción ordinaria, cobija a todas las personas que pretendan ejercer cualquier acción derivada del contrato de seguros, salvo los incapaces, a quienes se le aplica la prescripción extraordinaria.

Aclarado lo anterior, conviene ahora precisar, que el contrato de seguros obligatorio de accidente de tránsito SOAT es una modalidad especial del contrato de seguros terrestre, por lo que se encuentra sometido al régimen legal que respecto de éste último contiene el Código de Comercio, salvo las particularidades especiales que establezcan las disposiciones que de manera especial lo reglamentan.

Así las cosas, el artículo 1081 del Código de Comercio es una norma que resulta aplicable al contrato de seguro obligatorio de accidente de tránsito SOAT, tal como se evidencia con las siguientes disposiciones que hacen parte de su reglamentación especial:

Decreto 56/15:

“Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a)...

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

“Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. **Pago de reclamaciones.** ...las instituciones prestadoras de servicios de salud ..., deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.”

...

8. **Régimen legal.** En lo no regulado en el presente decreto 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

Decreto 3990 de 2007:

“Artículo 10. Otras condiciones. En adición a lo previsto en los artículos anteriores, las condiciones generales aplicables al seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito, Soat, incluirán las siguientes cláusulas:

...

PAGO DE LA INDEMNIZACION Y SANCION POR MORA

La compañía de seguros está obligada a efectuar el pago de la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la víctima o sus causahabientes o las personas que demuestren haber asumido los gastos funerarios o realizado el transporte, acrediten, dentro de los plazos previstos en el artículo 1081 del Código de Comercio,...

Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto 663 de 1993:

Artículo 192. Numeral 4°. Aspectos Generales.

4. 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.

Del contenido de los preceptos transcritos no queda duda alguna de la aplicabilidad del artículo 1081 del Código de Comercio a las reclamaciones presentadas por las IPS a las Aseguradoras con cargo al Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito SOAT.

Ahora bien, determinado lo anterior, corresponde ahora señalar que, en aplicación de la posición jurisprudencial esbozada por la Corte Suprema en el aparte transcrito precedentemente, la prescripción que resulta aplicable a las IPS respecto de las reclamaciones que por SOAT le presenten a las aseguradoras es la ORDINARIA, esto es, la de dos años.

Lo anterior por cuanto las IPS son parte fundamental del Sistema contemplado por nuestro ordenamiento jurídico para el funcionamiento del seguro obligatorio en accidente de tránsito, de modo tal que la existencia de esta modalidad especial de contratación carece de sentido sin la participación de estas Instituciones Prestadoras de Servicios médicos.

Y al ser parte fundamental, quedan cubiertas por el concepto de INTERESADO de que trata el inciso 2° del artículo 1081 del Código de Comercio al consagrar la prescripción ORDINARIA de dos años.

De hecho, en las disposiciones reglamentarias del contrato de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito se califica a las IPS como “Beneficiarias” de la indemnización, tal como lo demostramos a continuación:

Decreto 56 de 2015:

“Artículo 8°. *Legitimación para reclamar.* 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, ... es el **prestador de servicios de salud** que haya atendido a la víctima.

Decreto 3990 de 2007:

Artículo 1°. *Definiciones.* Para efectos del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

Beneficiario. Es la persona natural o jurídica que acredite su derecho para obtener el pago de la indemnización, de acuerdo con las coberturas otorgadas en la póliza o establecidas en la ley, así:

Servicios médico quirúrgicos: **La Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS,** habilitada, que hubiere prestado los servicios de atención de urgencias, hospitalización, suministro de material médicoquirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación. **Igualmente podrán ser beneficiarias las IPS que suministren la atención inicial de urgencias,** quienes deberán remitir al paciente a la IPS más cercana habilitada para el nivel de complejidad requerido;

Artículo 3°. *Derecho para reclamar.* **Tendrán acción para reclamar las indemnizaciones** por las coberturas otorgadas, a la entidad aseguradora o a la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, **las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas** habilitadas para brindar los servicios específicos de que se trate de conformidad con lo previsto en los artículos anteriores, que hubieren prestado dichos servicios o quienes hubieren cancelado su valor; ...

Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto 663 de 1993:

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 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, ... las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o **beneficiario** acredite, aún 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.

Conforme a las disposiciones transcritas, queda demostrada la condición de beneficiaria que ostenta la IPS en las reclamaciones presentadas ante la aseguradora expedidora del SOAT para el cobro de los servicios médicos prestados a pacientes lesionados con ocasión de accidentes de tránsito.

No obstante la claridad del planteamiento anterior, estimamos conveniente traer a colación como apoyo adicional, lo conceptuado por la SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA en concepto de fecha Julio 16 de 2008, identificado con el número 2008026912-001.

«(...) realiza una consulta en relación con la prescripción de las facturas por prestación de servicios de salud con cargo al seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito. Sobre el particular, nos permitimos efectuar las siguientes consideraciones:

Al respecto se debe precisar que en las normas que regulan el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito SOAT, contenidas en el Capítulo IV de la Parte Sexta del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y en sus decretos reglamentarios, no se establece un régimen de prescripción de acciones de este seguro. Sin embargo, por remisión expresa del numeral 4 del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, resultan aplicables a este seguro las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio, ordenamiento que consagra un régimen especial de prescripción de acciones en materia de seguros.

En efecto, en su artículo 1081 establece previsiones no solo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Al respecto señala la mencionada disposición: "*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".

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

En relación con la interpretación de las expresiones “*hecho que da base a la acción*” y “*momento en que nace el derecho*” la Corte Suprema de Justicia afirmó que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea, una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro.

En efecto, en sentencia del 3 de julio de 1997 sostuvo: “*a) El de la ordinaria... Este hecho no es, no puede ser otro, que el siniestro, entendido éste, según el artículo 1072 ibídem como ‘la realización del riesgo asegurado’. b) El de la extraordinaria comienza a correr ‘...desde el momento en que nace el respectivo derecho’ expresión ésta que sin duda alguna equivale a la que emplea el segundo inciso del artículo que se comenta. El derecho a la indemnización nace para el asegurado o el beneficiario en su caso, o lo que es lo mismo, cuando se produce el siniestro*”.

En el mismo sentido el tratadista Hernán Fabio López señala: “*Es el siniestro – no otra cosa puede serlo- el hecho al cual se refiere la disposición, hecho que, reunidos otros requisitos, servirá de fundamento para el ejercicio de la acción exitosa pero que no marca la iniciación del momento en que comienza a contarse el término de la prescripción, porque este empieza a correr independientemente de la presentación o no de la reclamación desde que se conoció, o debió conocerse, el siniestro (prescripción ordinaria) o desde el momento mismo del siniestro (prescripción extraordinaria)”*¹.

Definido el anterior contexto conceptual y teniendo en cuenta que con la atención de la víctima por parte del Hospital se tiene pleno conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación, **EL TÉRMINO PARA QUE OPERE LA PRESCRIPCIÓN ORDINARIA, QUE ES LA ÚNICA QUE SE PUEDE INVOCAR EN ESTOS CASOS, EMPEZARÍA A CONTAR DESDE EL MOMENTO EN QUE EL HOSPITAL CONOCIÓ O HA DEBIDO CONOCER EL SINIESTRO**, esto es, desde que fue atendida la víctima **independientemente de la fecha de expedición de la factura comercial**, de tal suerte que si la atención a la víctima del accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción.

Por último, esta Superintendencia se permite precisar que el caso por Usted planteado, la prescripción se predica de la acción para efectuar la

reclamación y no de la factura, factura que es uno de los requisitos exigidos para efectos de legalizar en debida forma la reclamación ante la aseguradora. (...).” (Destacado fuera del texto)

El concepto transcrito parcialmente evidencia la aplicación del artículo 1081 del Código de Comercio a las reclamaciones presentadas con cargo a un SOAT, y el aparte destacado en letras mayúsculas demuestra que la prescripción que opera para la IPS es la ORDINARIA, esto es, la de dos años.

Dilucidado lo anterior, corresponde ahora descender al caso que nos ocupa a fin de verificar si las obligaciones cuya existencia pretende el actor que se declare, han superado el límite temporal contemplado en el artículo 1081 del Código de Comercio, en cuyo caso no queda otra opción que tenerlas por prescritas.

Para verificar lo anterior, debemos recordar el precepto contenido en el artículo 41 del Decreto 56 de 2015 que dispone:

“Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

- i. **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**

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.

Como puede observarse, la norma en cita dispone que el término prescriptivo se debe contabilizar a partir de la fecha en que el paciente fue atendido o cuando se le dio de alta.

En nuestro caso, la falta de narración de las circunstancias fácticas que deberían servir de soporte a las pretensiones del accionante impide que se haga este análisis.

Sin embargo, SUPONIENDO en gracia de discusión y solo para efectos del análisis que estamos haciendo en este punto, que la fecha de atención médica corresponda a la que en cada factura se califica como “FECHA FINAL” o “EGRESO” (se usan dos modelos distintos), debemos concluir que el demandante ha incluido en su demanda una gran cantidad de obligaciones que, si se lograra demostrar su existencia, se encontrarían prescritas.

Para corroborar lo anterior basta el siguiente razonamiento:

La demanda fue presentada el 03 de agosto de 2020, por lo que en aplicación del término de prescripción ordinaria de dos (2) años contemplado en el inciso 2° del artículo 1081 del Código de Comercio, todas las atenciones médicas realizadas con anterioridad al 03 de agosto de 2018, se encuentran prescritas. En el caso que nos ocupa todas las facturas son con ocasión a atenciones médicas realizadas en los años 2016 y 2017.

Ahora bien, al realizar un análisis detallado de las facturas encontramos que las siguientes se encuentran prescritas:

| N° FACTURA | FECHA DE ATENCIÓN (EGRESO) | FECHA LIMITE PARA RECLAMAR | PRESENTACIÓN DEMANDA |
|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| 426 | 18-01-2016 | 18-10-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 498 | 20-01-2016 | 20-01-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 513 | 09-01-2016 | 09-01-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 528 | 17-01-2016 | 17-01-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 529 | 28-01-2016 | 28-01-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 491 | 02-02-2016 | 02-02-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 1660 | 23-03-2016 | 23-03-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 1838 | 02-04-2016 | 02-04-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 1951 | 11-04-2016 | 11-04-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 7746 | 13-11-2016 | 01-08-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 9806 | 21-02-2017 | 21-02-2019 | 03 de agosto de 2020 |
| 10576 | 27-03-2017 | 27-03-2019 | 03 de agosto de 2020 |
| 13328 | 16-07-2017 | 16-07-2019 | 03 de agosto de 2020 |
| 13363 | 20-07-2017 | 20-07-2019 | 03 de agosto de 2020 |
| 14093 | 17-07-2017 | 17-07-2019 | 03 de agosto de 2020 |
| 1951 | 11-04-2016 | 11-04-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 2165 | 22-04-2016 | 22-04-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 3037 | 02-06-2016 | 02-06-2018 | 03 de agosto de 2020 |

| | | | |
|------|------------|------------|----------------------|
| 3035 | 19-06-2016 | 19-06-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 3758 | 06-07-2016 | 06-07-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 2172 | 22-04-2016 | 22-04-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 3039 | 27-05-2016 | 27-05-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 3886 | 29-07-2016 | 29-07-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 3181 | 17-06-2016 | 17-06-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 3584 | 04-07-2016 | 04-07-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 3599 | 05-07-2016 | 05-07-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 646 | 13-02-2016 | 13-02-2018 | 03 de agosto de 2020 |

En ése sentido, queda demostrado que cada una de esas facturas relacionadas en el cuadro que antecede, se encuentran prescritas y en efecto no existe obligación con cargo a LIBERTY SEGUROS S.A, de cancelar algún momento por estas.

Por lo cual deberá señor Juez, declarar probada la presente excepción y absolver a LIBERTY SEGUROS S.A, de cancelar los montos pretendidos por la parte demandante.

3. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CAMBIARIA

La acción cambiaria es aquella que tiene como finalidad cambiar el título por dinero; sin embargo, su utilización no predomina en el tiempo, es decir que si el derecho no se ejerce dentro del plazo estipulado en la norma, se genera el fenómeno de la prescripción.

Al tenor del artículo 789 del Código de Comercio, tenemos que la acción cambiaria prescribe en el lapso de 03 años, a partir de que se hace exigible el derecho.

“Artículo 789. Prescripción de la acción cambiaria directa. La acción cambiaria directa prescribe en tres años a partir del día del vencimiento”.

En ese orden, y aterrizando al caso concreto tenemos que las facturas por las cuales pretende la parte demandante responsa LIBERTY SEGUROS S.A, se encuentran prescritas a la luz de lo ceñido en el artículo 789 del C.C.O.

Lo anterior, comoquiera que, la fechas de expedición de las facturas en razón del egreso de los pacientes atendidos con las pólizas SOAT alegadas, datan de los años 2016 y 2017. Y la presentación de la demanda se dio apenas el 03 de agosto de 2020. Es decir, que han transcurrido más de 03 años.

En ese sentido, no hay razón para que la parte demandante alegue la existencia de la obligación, al no ejercer dentro del término de 03 años el derecho que supuestamente pretende acreditar.

Por lo cual deberá señor Juez, declarar probada la presente excepción y absolver a LIBERTY SEGUROS S.A, de cancelar los montos pretendidos por la parte demandante.

4. PAGO DE OBLIGACIONES

Una vez analizada cada una de las facturas por medio de las cuales están ejecutando a LIBERTY SEGUROS S.A, la compañía aseguradora se tomó la tarea de revisar sus antecedentes, y logró identificar que varias de las facturas relacionadas en el libelo de la demanda fueron canceladas y/o pagadas en su totalidad por la compañía aseguradora al haberse cumplido con los requisitos legales para ello.

A continuación se relacionan las facturas canceladas por LIBERTY SEGUROS S.A:

| N° FACTURA | FECHA DE ATENCIÓN (EGRESO) | FECHA LIMITE PARA RECLAMAR | PRESENTACIÓN DEMANDA |
|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| 295 | 18-01-2016 | 18-10-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 305 | 20-01-2016 | 20-01-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 528 | 09-01-2016 | 09-01-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 529 | 17-01-2016 | 17-01-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 8066 | 28-01-2016 | 28-01-2018 | 03 de agosto de 2020 |
| 10576 | 02-02-2016 | 02-02-2018 | 03 de agosto de 2020 |

Con lo anterior, queda claro que, LIBERTY SEGUROS S.A siempre ha de cancelar aquellas obligaciones que la entidad medica le ha presentado en los formularios oficiales debidamente diligenciados, adjuntando los soportes del caso, y siempre y cuando resultaren reclamaciones oportunas, pertinentes y existiere cobertura de la póliza.

Además, se vislumbra que la parte demandante está pretendiendo el pago de obligaciones ya extintas, comoquiera que el pago fue oportuno y en su totalidad.

A fin de comprobar el cumplimiento de la obligación se adjuntarán los respectivos soportes. Pues no procede el reclamado de estas facturas ni de ninguna otra que se ha relacionado en el caso de marras por los argumentos que se han esbozado en precedencia y por los que a continuación se relacionaran.

5. RECLAMACIONES OBJETADAS POR LIBERTY SEGUROS S.A.

Dentro de las facturas aportadas por el apoderado de la parte demandante se encontramos 82 facturas cuya reclamación fue objetada por la compañía de seguros por diferentes razones a saber:

- Eventos que no constituyen accidente de tránsito
- Casos de póliza prestada
- Evento inexistente
- Ocupante de otro vehículo

Así, atendiendo al análisis de la reclamación presentada, la compañía de seguros determinó que era improcedente concurrir al pago de las sumas reclamadas y formuló la objeción indicando mediante comunicación a la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR justificando los motivos de la objeción, circunstancia que impide que la compañía de seguros concorra al pago de las sumas pretendidas

5.1 AUSENCIA DE LA COBERTURA DE PÓLIZA SOAT POR SER PRESTADA

En el caso que nos ocupa, las facturas aportadas, corresponden a la prestación de servicios médicos por “*supuestos accidentes de tránsito*” ocurridos bajo las pólizas de la Compañía LIBERTY SEGUROS S.A.

Pues bien, para los casos que se relacionan en esta excepción, realizada la labor de verificación prevista en el artículo 36 del Decreto 056 de 2015 se logró concluir que los servicios médicos prestados a los lesionados correspondían a pólizas SOAT prestadas, es decir que hace la atención al paciente por medio de una póliza que no es la del vehículo relacionado en la ocurrencia del accidente, razón suficiente para que la aseguradora que apodero no proceda al pago solicitado.

Debemos indicar que, la compañía efectuó el proceso de verificación, a través de investigaciones a los lesionados y propietarios de los vehículos, logrando corroborar que en todos los casos, el accidente no se había ocasionado con el vehículo automotor que aseguró la Compañía y por ende procedió a objetar el pago reclamado por la clínica por póliza prestada.

Es importante poner de presente al despacho, que la investigaciones que sirvieron de base o fundamento para que LIBERTY SEGUROS S.A, realizara las objeciones fueron realizadas por una empresa contratada llamada GLOBAL RED LTDA, la cual se dedica a este tipo de indagaciones, siendo una empresa independiente de la compañía aseguradora.

En virtud de lo señalado con precedencia, es claro que LIBERTY SEGUROS S.A. no era la aseguradora llamada a asumir el valor cobrado en las facturas ya descritas, correspondía a otra compañía Aseguradora el cubrir las atenciones médicas reclamadas, siendo entonces apenas lógica la objeción formulada por LIBERTY SEGUROS S.A. y la consecuente negativa del pago.

Para ello es preciso tener en cuenta que siempre que ocurra un accidente de tránsito, al lesionado se le deberá atender con cargo a la póliza del vehículo en el cual se movilizaba, pero de ninguna manera con la póliza de un automotor que no participó en el siniestro, así como tampoco puede utilizarse la póliza de un automotor distinto a aquel en el que se movilizaba la víctima.

Recuérdese el artículo 9 del Decreto 056 que señala:

Artículo 9°. Cobertura. *Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista o de otro evento aprobado, serán cubiertas por la compañía aseguradora del SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, así:*

1. Por la compañía aseguradora, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

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.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el inciso anterior para el caso de vehículos asegurados, pero el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago a los terceros, estará a cargo del Fosyga.

| N° FACTURA | N° FACTURA |
|------------|------------|
| 521 | 4123 |
| 1506 | 4472 |
| 1679 | 4517 |
| 1976 | 4769 |
| 2286 | 4969 |
| 7224 | 5053 |
| 7502 | 5901 |
| 7546 | 5919 |
| 7871 | 6104 |
| 8379 | 6595 |
| 8818 | 6756 |
| 2921 | 7000 |
| 3842 | 7110 |
| 3938 | 8869 |
| 4068 | 9027 |
| 16077 | 9486 |
| 15365 | 9673 |

En consecuencia, nunca será procedente el préstamo de una póliza para la atención de las víctimas de accidentes de tránsito, siendo procedente que se declare la prosperidad de la excepción formulada.

Visto lo anterior y con la finalidad de que el despacho pueda tener mayor certeza de las facturas que se encuentran objetadas por haberse encontrado que la póliza era prestada nos permitimos relacionar el siguiente cuadro.

5.2. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE FACTURAS POR FALTA DE RELACIÓN CAUSAL DEL SERVICIO DE SALUD PRESTADO CON LA LESIÓN PADECIDA EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Una de las circunstancias que deben ser analizadas por la aseguradora (y en nuestro caso por el señor Juez) para determinar la procedencia de una obligación a su cargo es la Pertinencia de los conceptos reclamados, esto es, que los servicios médicos prestados a los pacientes que se hayan visto involucrados en accidente de tránsito tengan relación con las lesiones efectivamente padecidas en tales eventos.

A manera de ejemplo, no es dable prestar asistencia odontológica a un paciente que al verse involucrado en un accidente de tránsito fue diagnosticado como única patología con un esguince de tobillo.

Las aseguradoras, por disposición legal, tienen la facultad (y el deber) de realizar auditorías desde el punto de vista médico para verificar la pertinencia de los tratamientos y medicamentos suministrados a pacientes.

Es por ello que el artículo 26 de Decreto 56 de 2015 exige como anexo necesario de la reclamación la epicrisis o resumen clínico y los documentos que lo soportan:

“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.

A su turno, los artículos 31 y 32 ibídem al referirse al contenido de los documentos denominados “Epicrisis” y “Resumen Clínico de Atención”, exigen, entre otros requisitos, que se indique la relación del servicio médico prestado, con el evento que originó la atención.

En nuestro caso, el apoderado del demandante aporta facturas por supuestas obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud con cargo al SOAT, de las que hemos detectado varias respecto de las cuales LIBERTY SEGUROS S.A. determinó la ausencia de relación del servicio de salud prestado con la lesión padecida por el paciente con ocasión de un accidente de tránsito, esto es, por falta de pertinencia.

Es decir, auditoría médica de LIBERTY SEGUROS S.A. determinó que algunos procedimientos realizados a los pacientes y posteriormente reclamados, no se encontraban por la cual no procede el reconocimiento de su cancelación

Al no haber relación entre el servicio prestado y la lesión padecida con ocasión del accidente de tránsito, no es viable reconocer la indemnización por falta de pertinencia de las facturas que se relacionan a continuación:

| N° FACTURA | N° FACTURA |
|------------|------------|
| 426 | 13363 |
| 498 | 14093 |
| 513 | 1951 |
| 528 | 2165 |
| 529 | 3037 |

| | |
|-------|------|
| 491 | 3035 |
| 1660 | 3758 |
| 1838 | 2172 |
| 1951 | 3039 |
| 7746 | 3886 |
| 9806 | 3181 |
| 10576 | 3584 |
| 13328 | 3599 |
| 646 | 646 |

Es importante poner de presente al despacho, que si bien las facturas relacionadas se encuentran prescritas en atención al contrato de seguro y la acción cambiaria, se consideró prudente relacionar al despacho otro de los motivos por los cuales no es procedente que se declare alguna obligación a cargo de LIBERTY SEGUROS S.A, frente a las pretensiones de la demanda y a favor de la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR.

6. INEXISTENCIA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO COMO PRESUPUESTO INDISPENSABLE PARA LA AFECTACIÓN DE UNA PÓLIZA SOAT

En el caso que nos ocupa, la compañía de seguros procedió a formular objeciones en relación con varias de las facturas presentadas por la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR, atendiendo a que, a raíz del proceso de verificación se determinó que muchos de los eventos reclamados no correspondían a accidentes de tránsito sino a otros eventos de carácter común, en nada relacionados con las pólizas expedidas por la compañía. Las facturas que se encuentran en ésta condición se relacionan a continuación

Nº FACTURA

3510

3606

4012

4556

5895

7092

7786

8308

En este punto es importante tener en cuenta que las el SOAT es un seguro que tiene como único objeto cubrir los daños corporales que se causen a las personas producto de un accidente de tránsito, siendo entonces un presupuesto indispensable la existencia del siniestro para que proceda la afectación de la póliza expedida por la compañía de seguros correspondiente.

Así el Decreto 3990 2007(vigente para la fecha en que ocurrieron los accidentes de tránsito para los casos que se reclaman en esta demanda). En su artículo 1º señala:

“Artículo 1º. Definiciones. Para efectos del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

1. **Accidente de tránsito.** *Se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido al menos un vehículo automotor en movimiento, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito, cause daño en la integridad física de las personas. No se entiende como accidente de tránsito aquel producido por la participación del vehículo en actividades o competencias deportivas, por lo cual los daños causados a las personas en tales eventos serán asegurados y cubiertos por una póliza independiente”.*

A Su turno, el Decreto 056 del 2015 define:

“Artículo 3º. Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente decreto, adóptense las siguientes definiciones:

1. **Accidente de tránsito.** *Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor.*

No se entenderá como accidente de tránsito para los efectos de este decreto, aquel producido por la participación del vehículo automotor en espectáculos o actividades deportivas”.

En este punto, es pertinente poner de presente el Concepto No. 2011002915-001 del 17 de febrero de 2011 la Superintendencia Financiera que se refiere a los elementos fundamentales para considerar un evento en SOAT como accidente de tránsito:

- a. *Que el accidente sea causado por un vehículo automotor en movimiento o con su intervención, de manera voluntaria o involuntaria por su conductor.*
- b. *Que el accidente se produzca en una vía pública o privada con acceso al público.*
- c. *Que esa vía sea destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales.*

- d. *Que cause daño en la integridad física de las personas como consecuencia de la circulación o tránsito.*
- e. *El accidente debe afectar la normal circulación de los vehículos.*

Por su parte, en circular externa 58 del 18 de Diciembre de 2015 el Ministerio de salud dado alcance al concepto de accidente de tránsito definido en el artículo 03 del Decreto 056 de 2015, determinó que para los efectos previstos en el referido decreto, se requiere que confluayan los siguientes elementos:

- 1. *Que ocurra en el territorio nacional.*
- 2. *Que involucre al menos un vehículo automotor.*
- 3. *Que el vehículo automotor involucrado cause daño en la integridad física o mental de una o varias persona.*
- 4. *Que el daño causado a la(s) persona(s) se produzca con ocasión del tránsito o movilización por una vía, del vehículo automotor involucrado.*

En la mencionada circular se indica: “*Los elementos antes señalados constituyen el sustento para la validación de las reclamaciones derivadas de accidentes de tránsito a cargo del FOSYGA y las entidades aseguradoras autorizadas para la expedición del SOAT*”

Así, en las investigaciones realizadas por GLOBAL RED, con base en la autorización dada por la Compañía de seguros, fue posible determinar la inexistencia del accidente de tránsito en diferentes casos reclamados a la compañía de seguros, siendo entonces improcedente la afectación de las pólizas expedidas por la compañía aseguradora que apoderado.

Visto lo anterior, se justifican las razones que llevaron a la compañía a objetar y negar el pago de la indemnización solicitada por **NO CORRESPONDER** los eventos **A UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO**.

Ahora bien, conviene destacar que la labor investigativa realizada por LIBERTY SEGUROS S.A. tiene su fundamento legal en el artículo 36 del Decreto 056 de 2015, atendiendo a que es obligación de la aseguradora que expidió el SOAT, **verificar que se cumplan los requisitos para que la compañía proceda al pago**, entre ellos:

- i. La ocurrencia del hecho, es decir, LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO.
- ii. La acreditación de la calidad de víctima

En nuestro caso, a raíz del proceso de verificación, estos presupuestos fueron descartados con ocasión de la investigación realizada, pues logró corroborarse que en efecto NO OCURRIÓ EL HECHO, esto es el ACCIDENTE DE TRÁNSITO, así como se corroboró que los pacientes atendidos no tenía la calidad de víctima.

En estas condiciones no era procedente para la aseguradora realizar el pago de un siniestro, luego de haber verificado que no se cumplían con los presupuestos consagrados en la norma que regula éste tipo de seguros.

6.1 FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA POR SERVICIOS PRESTADOS QUE NO FUERON ORIGINADOS CON OCASIÓN A UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

Las excepciones destacadas con precedencia conllevan necesariamente a la Falta de Legitimación en la causa por Pasiva de parte de LIBERTY SEGUROS S.A., pues al hallar que lesiones atendidas por la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR no fueron derivadas de un accidente de tránsito es claro que no es esta aseguradora la llamada a realizar el pago de las facturas por concepto de prestación de servicios médicos.

Por su parte el artículo 167 de la ley 100 de 1993 deja claro cuáles son los eventos que pueden atenderse con cargo a la póliza SOAT dejando claro que son sólo los relacionados con accidentes de tránsito:

ARTICULO. 167.-Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. *En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el consejo nacional de seguridad social en salud, los afiliados al sistema general de seguridad social en salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El fondo de solidaridad y garantía pagará directamente a la institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del consejo nacional de seguridad social en salud.*

PARAGRAFO. 1º-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.

PARAGRAFO. 2º-Los demás riesgos aquí previstos serán atendidos con cargo a la subcuenta del fondo de solidaridad y garantía, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO. 3º-El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

PARAGRAFO. 4º-El sistema general de seguridad social en salud podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos

Por su parte, la misma legislación indica que las prestaciones derivadas de contingencias de origen común deben ser cubiertas por la EPS, para lo cual es preciso tener la ley 100 de 1993 que señala:

“ARTICULO. 159.-Garantías de los afiliados. *Se garantiza a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:*

1. La atención de los servicios del plan obligatorio de salud del artículo 162 por parte de la entidad promotora de salud respectiva a través de las instituciones prestadoras de servicios adscritas.

2. *La atención de urgencias en todo el territorio nacional.(...)”*

“ARTICULO. 177.-Definición. *Las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley”(se subraya)*

“ARTICULO. 178.-Funciones de las entidades promotoras de salud. *Las entidades promotoras de salud tendrán las siguientes funciones:*

1. *Ser delegatarias del fondo de solidaridad y garantía para la captación de los aportes de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud.*

(...)3. *Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.(...)”*

De acuerdo con lo anterior, al tratarse de una contingencia de carácter común y ajeno al accidente de tránsito, el cobro de cualquier atención médica prestada por la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR debe dirigirse a la EPS a la cual se encontrara afiliado el demandante, ya sea del régimen contributivo o del Régimen Subsidiado.

Llamamos la atención del señor juez en que, desde ningún punto de vista es procedente realizar el cobro jurídico por los servicios prestados, a una compañía aseguradora que expidió póliza SOAT y cuyas coberturas están claramente establecidas en la ley, aun bajo el presupuesto de que dicha clínica haya actuado de buena fe, pues lo cierto es que el objeto de las pólizas expedidas está claramente

establecido en la ley y no puede afectarse su cobertura amparando conductas fraudulentas de los usuarios y en ocasiones de la misma entidad médica.

Z. IMPOSIBILIDAD DE VERIFICACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL HECHO POR INCONSISTENCIA EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Luego de realizada auditoria interna, fue objeto por la compañía LIBERTY SEGUROS S.A. las siguientes facturas:

| N° FACTURA | N° FACTURA |
|------------|------------|
| 1585 | 8614 |
| 1653 | 8617 |
| 2423 | 8816 |
| 3893 | 8977 |
| 4917 | 8816 |
| 5049 | 8977 |
| 5672 | 9119 |
| 6417 | 9491 |
| 6420 | 9552 |
| 6695 | 9982 |
| 7491 | 10357 |
| 7618 | 10680 |
| 7647 | 13687 |
| 7680 | 1230 |
| 7936 | 1856 |
| 8180 | 1192 |
| 8349 | |

Lo anterior, comoquiera que no cumplen con los requisitos establecidos pues al realizar las verificaciones correspondientes se observa que la documentación presenta inconsistencias, teniendo en cuenta que dentro los documentos exigidos por el Decreto 056 de 2015 se exige a las IPS que para presentar su solicitud de pago deben aportar *“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***”.

Pues bien, como se ha indicado reiteradamente a lo largo de nuestras excepciones, es indispensable que la Compañía de Seguros verifique las circunstancias de hecho que se relacionan en el FURIPS, y en caso de que ellas no logren verificarse, cuenta con la posibilidad de objetar la reclamación.

Así recuérdese que el artículo 36 de la Decreto 56 de 2015 es el que establece la posibilidad de requisitos:

Artículo 36. Verificación de requisitos. *Presentada la reclamación, las compañías de seguros..., 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,...*”

En nuestro caso, para las facturas anteriormente mencionadas, no fue posible verificar la ocurrencia del hecho y menos aún la condición de víctima, de manera que procedió con la objeción.

8. FACTURAS GLOSADAS POR LIBERTY SEGUROS S.A.

De acuerdo a la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, se definen las GLOSAS como:

“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”.

En el caso en concreto, encontramos que el demandante aporta 116 facturas por supuestas obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud con cargo al SOAT, de las cuales hemos detectado a la fecha 108 facturas glosadas por diferentes razones como pertinencia médica, no es accidente de tránsito, evento inexistente, póliza prestada, procedimientos no soportados, auditoria médica, entro otros.

En consecuencia, es improcedente el pago por parte de LIBERTY SEGUROS S.A. comoquiera que el demandado debió resolver la inquietud expuesta por la compañía y que justificaba la falta de pago.

PRUEBAS

DOCUMENTALES APORTADAS

- Glosas formuladas por LIBERTY SEGUROS S.A. para las facturas relacionadas e indicadas en el acápite de excepciones.
- Cartas de aceptación a las glosas formuladas por LIBERTY SEGUROS S.A.,
- Cartas de objeción emitidas por LIBERTY SEGUROS S.A. para las facturas relacionadas en el acápite de excepciones OBJECIONES.
- Investigaciones realizadas por la empresa GLOBAL RED LTDA, las cuales sirvieron de fundamento para que LIBERTY SEGUROS S.A objetara varias facturas.
- Certificado expedido por CITIBANK en el cual constan las transferencias realizadas por LIBERTY SEGUROS S.A, a la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR, por medio de la cual se cancelaron las facturas que se relacionan en la excepción PAGO DE OBLIGACIÓN.

TESTIMONIOS

Se sirva citar al señor JOSE M. QUIJANO RODRIGUEZ identificado con C.C. 19.135.495 expedida en Bogotá, gerente de la firma Global Red LTDA o quien haga sus veces, para que en audiencia declare acerca de las investigaciones que realizó la empresa que representa, con ocasión de las reclamaciones presentadas por la CLÍNICA DE FRACTURAS, CENTRO DE ORTOPEdia Y TRAMATOLOGÍA a LIBERTY SEGUROS y que involucran las facturas cuyo pago se reclama en la presente demanda y en general para que responda las preguntas que se realizaran relacionadas con la demanda excepciones que se presentan en esta oportunidad.

El señor QUIJANO RODRIGUEZ, puede ser citado en la Calle 70 No. 53 -57 Centro Comercial Gran Centro Of. 1-115 en Barranquilla o a través del correo electrónico: jquijano@globalredbucaramanga.com

INTERROGATORIO DE PARTE

Sírvase señor Juez citar y hacer comparecer al proceso al REPRESENTANTE LEGAL DE LA CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR SAS con el fin de que absuelva interrogatorio de parte que será planteado por el suscrito, respecto de los planteamientos de la demanda y la presente contestación.

El mencionado señor podrá ser citado al proceso a través del apoderado judicial de la entidad demandante, o a los siguientes correos electrónicos: carpiofirmadeabogados@outlook.com y clinicadefractura@yahoo.com.

ANEXOS.

- a. ANEXO No. 1 denominado FACTURAS CON GLOSAS FORMULADAS POR LIBERTY SEGUROS S.A. a la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR.
- b. ANEXO No. 2 denominado FACTURAS OBJETADAS POR LIBERTY SEGUROS S.A. a la CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR.
- c. ANEXO No. 3 denominado PAGOS REALIZADOS POR LIBERTY SEGUROS S.A. A CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR SAS.

NOTIFICACIONES

Para efectos de la notificación de las decisiones que se adopten en el curso de este proceso, informamos como dirección procesal la correspondiente a nuestra oficina ubicada en la ciudad de en la ciudad de Valledupar, en la Carrera 14, No. 13B - 60, oficina 209, Centro Ejecutivo Ágora, Barrio Obrero, correo electrónico: Maira.pallares@juridicaribe.com y notificaciones@juridicaribe.com. Teléfono: 3174337632.

Atentamente,


MAIRA ALEJANDRA PALLARES RODRIGUEZ
C.C. N° 1.082.999.646 de Santa Marta
T.P. N° 327.457 C.S. de la J.