

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**



**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO CINCUENTA CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

Bogotá D. C., veinte (20) de mayo de dos mil veintidós (2022)

**Proceso:** Responsabilidad Civil Extracontractual  
**Radicación:** 11001310305020210003000  
**Demandante:** Clínica de Fracturas de Valledupar S.A.S.  
**Demandado:** Compañía Mundial de Seguros S.A.  
**Asunto:** Sentencia primera instancia.

Procede el Despacho a proferir sentencia escrita dentro del asunto de la referencia, de conformidad con lo señalado en audiencia evacuada el seis (06) de mayo del año que avanza, y lo dispuesto en el inciso 3° del numeral 5° del artículo 373 del Código General del Proceso, previo los siguientes:

**ANTECEDENTES**

**1. Pretensiones y situación fáctica<sup>1</sup>**

A través de apoderado judicial, la Clínica de Fracturas de Valledupar S.A. interpuso demanda en contra de la Compañía Mundial de Seguros S.A., para que luego de agotadas las formalidades de rigor : **i)** se declare la responsabilidad civil extracontractual de la demandada en relación con la prestación de los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios, por los daños corporales sufridos por las personas en accidente de tránsito a cargo de la accionante; y, **ii)** se declare que son inoponibles o infundadas las objeciones o glosas presentadas por esta presentadas, en cuanto la prestación de los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios prestados por la demandante, dado que, estos se realizaron en cumplimiento de un deber legal y constitucional; en tanto, debe partirse del principio de buena fe.

Como pretensiones condenatorias, solicitó el pago de: **i)** \$273.746.650 m/cte a título de daño emergente relacionado con los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes amparados por las pólizas SOAT, y, \$148.133.000 m/cte a título de lucro cesante, para un total de \$421.879.650 m/cte; **ii)** los intereses causados por las sumas dejadas de cancelar por la demandada y que se encuentran contenidas en las facturas que motivan la acción; **iii)** Que la aseguradora repita el valor pagado a la Clínica de Fracturas de Valledupar S.A., contra los tomadores de las pólizas que fueron fraudulentamente presentadas, conforme a los artículos 40 y 41 del Decreto 056 de 2015.; y finalmente, **iv)** se condene a la demandada al pago de costas procesales.

En sustento de sus pretensiones refirió la demandante:

**1.1** Corresponde a una entidad prestadora de servicios de salud, que se encuentra debidamente habilitada por la Secretaría de Salud Departamental del Cesar e inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, suministrando tal servicio a personas víctimas de accidentes de tránsito, amparados por pólizas propias del SOAT bajo la modalidad de urgencia que fueron contratadas por los asegurados con la entidad demandada Compañía Mundial de Seguros S.A.

<sup>1</sup> Archivo digital No.01 y 03

**1.2** Para la ejecución de este tipo de servicios, no se hace necesario de un contrato u orden previa, puesto que su prestación se realiza mediante la venta de servicios de pago por evento, lo que indica la unidad de pago lo constituye cada actividad, medicamento, intervención o insumo suministrado a cada paciente por un periodo determinado.

**1.3** Los servicios de salud prestados a los asegurados de la entidad demandada, están contenidos en facturas de venta de servicios médicos y de salud, las que fueron presentadas ante dicha entidad en los tiempos de ley.

**1.4** Que pese a ello, Compañía Mundial de Seguros S.A. glosó tales facturas extemporáneamente aludiendo como causales: **i) Póliza prestada; ii) inconsistencias en los soportes que conforman la reclamación; iii) No existencia accidente de tránsito.**

**1.5** Agrega que pese a las causales de devolución, los datos suministrados en los documentos que acompañan las facturas son legales, auténticos, completos y reales, en tanto, corresponden a cada caso en particular de acuerdo al servicio médico prestado, y en el evento de evidenciarse un error, la información puede ser verificada con el Formulario Único de Reclamación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por Servicios Prestados a Víctimas (FURIPS).

**1.6** Aduce que la ley 1438 de 2011 en su artículo 143 dispuso que para acreditar la existencia del accidente de tránsito "*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 y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorios posteriores.*".

**1.7** Todo lo cual fue allegado al momento de presentar cada factura, junto con los documentos que acreditan la prestación del servicio médico, sin que tenga dentro de sus obligaciones corroborar si el paciente realmente es víctima de un accidente de esta índole o no. De ahí que dicha verificación y la consistente en determinar si la póliza era prestada o que el vehículo involucrado fue el que ocasionó el accidente, es una tarea de una autoridad de tránsito, policía judicial, Fiscalía etc.

**1.8** Indica que pese a lo anterior, dada la naturaleza de la entidad demandante, por mandato legal no puede omitir la prestación del servicio y acceso a los tratamientos y servicios de salud las personas que sufren accidentes de tránsito, lo que tiene asidero en el principio de buena fe y evitando poner en riesgo otras garantías, y que aun cuando la demandada tiene un plazo establecido para resolver y pagar las facturas que le fueron radicadas conforme el Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.4.3.1.2, las glosó extemporáneamente, por lo que lo único que procede es su pago.

**1.9** Manifiesta que los servicios prestados por la actora y que son base de esta acción, se reflejan en 198 facturas que relaciona en el hecho décimo primero de su demanda, y que sumados sus valores pendientes de pago arrojan un total de \$273.746.650 m/cte, valor sobre el cual los intereses moratorios oscilan en \$148.133.000 m/cte, para un total de monto pendiente por pago de \$421.879.650 m/cte.

**1.10** Expuso que todas y cada una de los glosas y devoluciones hechas por la demandada, fueron contestadas, aun cuando estas no resultan procedentes.

**1.11** Informó que el 10 de diciembre de 2021 se llevó a cabo audiencia de conciliación prejudicial en las instalaciones de la Fundación Liborio Mejía con sede en la ciudad de Riohacha-la Guajira, la que fue declarada fracasada.

## 2. Contestación demandada Compañía Mundial de Seguros S.A.<sup>2</sup>

Enterada del trámite de manera personal conforme lo prevé el Decreto 806 de 2020, se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

Dijo que es cierto que los prestadores de servicios de salud tienen la imposición legal de prestar el servicio de salud en tratándose de víctimas de accidente de tránsito, evento que los legitima a presentar la reclamación para la indemnización del siniestro ante la aseguradora que expidió la póliza de seguro obligatorio de accidentes de tránsito –SOAT.

Indico que pese a ello, varias de las reclamaciones presentadas ante la entidad por la Clínica demandante: **i)** no corresponden a servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito; **ii)** no se encuentran cubiertos por las pólizas expedidas por dicha compañía; **iii)** no se acreditó su derecho a la indemnización pretendida en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio en concordancia con las disposiciones del Decreto 056 de 2015 (normatividad recopilada por el Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario Sector Salud y Seguridad Social); **iv)** existen falencias e inconsistencias en cuanto a la determinación de la causa de las lesiones atendidas, así como la fecha de ocurrencia de los hechos que se reporta en el FURIPS y la epicrisis de atención. Yerrores que no fueron subsanados debidamente por la demandante, pese a que las reclamaciones fueron objetadas en su oportunidad.

Memora que con todo, la ley faculta a las compañías aseguradoras a realizar auditorías a las reclamaciones que se les formulan a fin de constatar la ocurrencia de los hechos base de estas, y evitar fraudes que pretendan engañar o estafar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Aduce que en relación con la relación de facturas que contiene el escrito de demanda, hay 56 duplicadas y que equivalen a un total de \$135.374.178 m/cte cuyo cobro de entrada resulta improcedente.

En su defensa, formuló como excepciones de mérito:

**1. Prescripción**, fundada en que el objeto del litigio tiene su centro en el contrato de seguro, el que se encuentra amparado de las acciones previstas en el art. 1081 del Código de Comercio, cuyo término prescriptivo ordinario es de 2 años contado desde el hecho base de la acción. En tanto, este lo constituye la *fecha de la atención a la víctima* o la *fecha que se prestó el servicio de transporte* respectivamente.

Por ende, dicho fenómeno operó respecto de las facturas identificadas con los números 22348, 23120, 18816, 18130, 15601, 16969, 20923, 21280, 20295, 21402, 20837, 21759, 4447, 21314, 3052, 16093, 13535, 1507, 2232, 4877, 2159, 6217, 6167, 6189, 6082, 6067, y 5873, por cuanto se superó el lapso prescriptivo sin que este hubiere sido interrumpido o suspendido, teniendo en cuenta que el veintiuno (21) de enero de dos mil diecinueve (2019) fueron radicadas las reclamaciones ante la aseguradora, y el veintiuno de enero de dos mil veintiuno (2021) fue radicada la demanda.

**2. Ausencia del derecho a la indemnización por no demostración de la ocurrencia del siniestro y su cuantía conforme a las normas que regulan al seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT**, edificada en que la ley legitima a la IPS que atendió a la víctima del accidente de tránsito como beneficiaria del amparo de gastos de servicios de salud a presentar reclamación solicitando el reconocimiento y pago de los servicios prestados y/o la indemnización correspondiente al traslado y movilización de estas.

Pedimento que podrá efectuarse a la entidad definida por el Ministerio de Seguridad Social – cuando se trate de vehículos fantasma o el rodante carezca de SOAT-, o ante la compañía aseguradora que haya expedido el SOAT del rodante involucrado en el accidente. Eventos ambos en los que deberá acreditarse su derecho demostrando la ocurrencia del siniestro y su

<sup>2</sup> Archivo digital No. 13

cuantía en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio en línea a lo dispuesto en el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, acompañando a su reclamación los documentos que exigen las disposiciones especiales del SOAT.

Para el caso, las reclamaciones tienen su origen en los servicios prestados por la clínica y el amparo de gastos de transporte. Respecto a los primeros, deberá contener los documentos señalados en el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016: **i)** Formulario único de reclamaciones del Ministerio de Salud y Protección Social diligenciado – FURIPS; **ii)** Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda; **iii)** Documentos que soportan el contenido de la historia o resumen clínicos de atención; **iv)** Original de la factura o documento equivalente; y, **v)** Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

En cuanto a los segundos, se acompañará los documentos señalados en el artículo 2.6.1.4.3.3 del Decreto 780 de 2016: **i)** Formulario único de reclamaciones que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social; **ii)** copia de la cédula del reclamante; y, **iii)** cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia copia de la factura.

Postulados que no fueron cumplidos por la demandante en ninguna de las facturas y/o reclamaciones que acompañan el libelo de la demanda, en la forma en como pasa a discriminar en su escrito de defensa.

**3. *Inexistencia del derecho a la indemnización por inexistencia del siniestro***, ya que el riesgo amparado por la aseguradora se enmarca en los servicios de salud y/o transporte prestado a víctimas de un accidente de tránsito, siempre y cuando, el vehículo involucrado se encuentre amparado por póliza SOAT expedida por dicha entidad.

Por lo anterior, la Institución Prestadora de Salud debe acreditar a la aseguradora la ocurrencia del suceso o siniestro, es decir, que los servicios de salud prestados hayan sido a personas que: **i)** hubieren sufrido daños en su salud con ocasión a un accidente de tránsito; y **ii)** que en este, hubiere estado involucrado un automotor amparado por póliza SOAT expedida por la demandada.

Por lo que en línea con el artículo 2.6.1.4.3.10 del Decreto 780 de 2016 y art. 143 de la ley 1438 de 2011, las aseguradoras están facultadas a ejecutar auditorías a las reclamaciones presentadas por las IPS.

Estudios que luego de efectuados a las reclamaciones originaron el inicio de este trámite concluyeron que: **i)** las lesiones no eran producto de un accidente de tránsito; **ii)** las pólizas SOAT presentadas no correspondían a los vehículos involucrados en el accidente de tránsito; y **iii)** inconsistencias en las reclamaciones presentadas que conllevaran a su devolución a fin de que fueran aclaradas o corregidas por la Clínica.

En consecuencia, estas fueron objetadas a fin de que se hiciera la reclamación a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, antes subcuenta ECAT del FOSYGA.

**4. *Objeciones***, facultad otorgada a la aseguradora en virtud del Decreto 056 del 2015. En tanto, fueron sujetos de esa oposición:

**4.1. Reclamaciones al amparo de gastos de transporte**, al pretender la demandante el cobro de traslado primario en ambulancia simultánea a varios pacientes, situación que no está permitida conforme a la Resolución 2003 de 2014 y a las Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria del Ministerio de Salud y Protección Social. En tanto, fueron objetadas las facturas: 35740, 39787, 41071, 22348, 23120 y 4447.

Y, por cuanto no fue posible validar la habilitación del servicio en el Registro Especial de Prestadores del Ministerio de Salud y Protección Social como quiera que en los documentos adjuntos no se relacionó placa del móvil y/o empresa de ambulancia que realizó el traslado. Procediendo a la objeción de las facturas: 6167, 6189, 6082, 6067, 5873.

**4.2. Devoluciones respecto del amparo de gastos de salud por falta de atención inicial de urgencias que evidencie el mecanismo de trauma y lesiones que permita relacionar la atención facturada con el accidente de tránsito.** Sobre este aspecto fueron objetadas: 42232, 42479, 41864, 15601, 20923, 3052 y 2159.

**4.3. Devoluciones respecto del amparo de gastos de salud por inconsistencias en la información consignada en el FURIPS y la epicrisis que impiden la constatación y verificación de los hechos.** Evento sobre el cual se objetaron: 39484, 20837, 21759, 39484, 39591, 35424, 42506, 42041, 42042, 20295, 20837, 21759, 4877, y 6217

**5. Improcedencia de la indemnización por tratarse de lesiones que no guardan relación causal con un accidente de tránsito.** Ya que la epicrisis presentada dentro de la reclamación al tenor del numeral 8 del Art. 2.6.1.4.3.5 del Decreto 780 de 2016 en el campo denominado *ENFERMEDAD ACTUAL* debe indicar la relación con el evento que originó la atención. Circunstancias que no se dan en relación con las facturas.

**5.1. Factura No. 42232,** no se acredita una relación causal entre los servicios facturados y la ocurrencia de un accidente de tránsito. Situación que se evidencia en su epicrisis donde se indica: *“MOTIVO DE CONSULTA: ME VAN A OPERAR. ENFERMEDAD ACTUAL: NO SE HACE REFERENCIA ALGUNA A ACCIDENTE DE TRÁNSITO”*

**5.2. Factura No. 42479,** registra en su epicrisis como motivo de consulta dolor e hinchazón de rodilla sin que en el campo de enfermedad actual se haga relación alguna a evento causado en un accidente de tránsito.

**6.1. Improcedencia de la indemnización por tratarse de póliza SOAT no expedida por MUNDIAL DE SEGUROS:** lo que se configura en las reclamaciones derivadas de la **factura No. 428886**, ya que los anexos de la demanda registra *“Mundial Compressed en el que se evidencia RUNT en donde el vehículo de placas JSJ92E con No licencia de tránsito 1001389130 motocicleta AKT línea AK125WII está asegurada por póliza soat No 2169385 vigente del 04/09/2018 al 03/09/2019 expedida por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.”*

## 7. Actuación procesal

Admitida la demanda mediante auto del ocho (08) de marzo de dos mil veintiuno (2021)<sup>3</sup>, notificada la demandada, y agotadas las etapas procesales de rigor, mediante el once (11) de febrero y seis (06) de mayo del año que avanza, fueron evacuadas las diligencias y etapas de que tratan los artículos 372 y 373 del Código General del Proceso.

En la segunda fecha las partes presentaron sus alegatos de conclusión así:

*La parte demandante* señaló que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 56 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016, así como la ley 100 de 1993, está claro que la entidad se encuentra legitimada para solicitar el reconocimiento y pago de los servicios de salud otorgados a personas víctimas de accidentes de tránsito ante la aseguradora demandada, la que deberá ir acompañada de la totalidad de la documental que tales compilados normativos prevén para el efecto. De ahí que, si bien por parte de ésta última le asiste una potestad de verificar la información allí contenida, lo cierto es que, la IPS no tiene obligación alguna de hacer una averiguación más allá de la información que el paciente indica al momento de su

<sup>3</sup> Archivo digital No.08

ingreso, y para el caso en concreto los resultados de las investigaciones no logran enervar el derecho aquí reclamado, en tanto, debe accederse a los pagos solicitados.

Conclusión a la cual llegó la Sala Civil del Tribunal Superior de esta ciudad al dirimir una controversia homogénea entre las mismas partes, pues entender una circunstancia distinta conllevaría a defraudar al sistema de salud.

*La parte demandada* argumentó que debe tenerse claro que el litigio conforme las pretensiones de la demanda versa sobre la determinación de una responsabilidad en cabeza de dicha entidad y no parte de la base de un pago de un derecho incorporado en los documentos aportados como anexos de la demanda.

Expuso que es de cargo de la entidad prestadora del servicio de salud al momento de formular la reclamación acreditar el siniestro y su cuantía, puntos sobre los cuales para estos casos hay tarifa legal. No obstante, el aportar dichos documentos no es óbice para que la demandada proceda de manera directa al pago pedido, pues cuenta con las facultades para verificar si este es o no procedente. En tanto frente a algunas de las reclamaciones que motivan la acción no se encuentra acreditado el siniestro, y en otras, aunque este demostrado, existen otras causales por las cuales estas fueron objetadas.

Agrega que para el caso bajo estudio no existe prueba que acredite el incumplimiento legal o contractual de pago al no estar demostrados los elementos de la responsabilidad civil alegada, y que contrario a lo afirmado por el apoderado de la parte actora, la prescripción se encuentra taxativamente regulada en el artículo 1080 del Código de Comercio, esto es la ordinaria de 2 años.

Escuchados los alegatos y con fundamento en el inciso 3 del numeral 5 de esta última codificación, se anunció el sentido del fallo y se dispuso emitir decisión escrita dentro de los 10 días siguientes.

## **CONSIDERACIONES**

### **1. Presupuestos procesales**

Examinada la documentación aportada se observa que se reúnen los presupuestos procesales, la demanda fue presentada en debida forma según los dictados del artículo 82 del Código General del Proceso-, los extremos litigiosos fueron debidamente representados; y no se observan además causales de nulidad que pudieran invalidar total o parcialmente lo actuado.

### **2. Problema jurídico a resolver**

Establecer si concurren en este caso los elementos axiales que estructurarían la responsabilidad civil extracontractual en cabeza de Compañía Mundial de Seguros S.A. por el no pago de las obligaciones contenidas en las facturas allegadas con la demanda por concepto de servicios de salud prestados por Clínica de Fracturas de Valledupar S.A.S. a pacientes que ingresaron a la institución en su calidad de lesionados en accidentes de tránsito amparados bajo póliza SOAT, o si por el contrario la aseguradora objetó fundadamente las reclamaciones presentadas.

### **3. Elementos de la responsabilidad civil extracontractual**

En primer lugar ha de recordarse que la responsabilidad civil es fuente de obligaciones, ya que quien ha ocasionado un perjuicio a otro, debe reparar las consecuencias derivadas del mismo.

Al tenor del artículo 2341 del Código Civil, se tiene por sentado que quien haya cometido un delito o culpa, cometiendo un daño a otro, se encuentra obligado a resarcirlo (indemnizarlo), sin perjuicio de la pena principal que la ley le imponga por la culpa o el delito cometido, significa esto que, es deber de las personas actuar con diligencia y prudencia, de lo contrario se verían avocados a responder penal y civilmente por los perjuicios que con su conducta culposa, negligente y/o dolosa ocasionen.

A partir de esta norma se han establecido tres elementos concurrentes para demostrar la responsabilidad civil **a. Que ocurra un hecho que genere un daño o perjuicio; b. Que exista culpa atribuible al causante del daño;** y por último, **c. Que exista un nexo de causalidad entre el hecho culposo y el daño.**

Referente a la naturaleza del daño y su indemnización, se puntualiza que el daño es la lesión o menoscabo que se ocasiona a un interés, esté o no consagrado como un derecho real u objetivo. Ha dicho la doctrina que para que exista daño, basta que se afecte o menoscabe un interés que se encuentre en el patrimonio del ofendido.

La Corte Suprema de Justicia, ha concretado este concepto al expresar que el daño es el elemento determinante de la resarcibilidad a favor de la víctima, *«que opera cuando ésta fallece, sufre incapacidad física o mental, o inactividad productiva [...]»*<sup>4</sup>.

*En lo que concierne a la culpa como lo dijo la Corte Suprema de Justicia en sentencia Cas. Civ., de 11 de octubre de 1973 señaló; “El artículo 2341 del C. Civil consagra el principio de que todo perjuicio causado por dolo o culpa, obliga a su autor a cabal indemnización. No se exige una determinada culpa para que surja la obligación de resarcimiento. Es suficiente una culpa sin calificación, una culpa cualquiera, desde luego que no es indispensable que el autor del daño haya actuado con intención positiva de inferirlo o que se requiera, específicamente, que se le declare reo de una determinada clase de culpa.”*

Por último, para la Corte Suprema de Justicia, *“(...) el nexo causal entre la conducta imputable al demandado y el efecto adverso que de ella se deriva para el demandante, debe estar debidamente acreditado, porque el origen de la responsabilidad gravita, precisamente, en la atribución del hecho dañoso al demandado [...]»*<sup>5</sup>, pues *«la responsabilidad supone la inequívoca atribución de la autoría de un hecho que tenga la eficacia causal suficiente para generar el resultado, dado que, si la incertidumbre recae sobre la existencia de esa fuerza motora del suceso, en tanto que se ignora cuál fue la verdadera causa desencadenante del fenómeno, no sería posible endilgar responsabilidad al demandado»*<sup>6</sup>.

#### **4. Del régimen jurídico aplicable a los servicios de salud prestados a personas víctimas de accidente de tránsito y la obligación de pago en cabeza de la entidad aseguradora que expide el SOAT.**

Iníciase por señalar que el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito - SOAT es un seguro de carácter obligatorio creado mediante el artículo 115 de la Ley 33 de 1986<sup>7</sup>. En la actualidad, este se encuentra regulado en la Parte Sexta, Capítulo IV, artículo 192 y siguientes del Decreto 663 de 1993<sup>8</sup> y el Decreto 056 de 2015 incorporado en el Decreto 780 de 2016<sup>9</sup>.

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 25 octubre de 1994.

<sup>5</sup> G.J. 234, p. 260, sent. cas. civ. de 5 de mayo de 1999, reiterada en cas. civ. de 25 de noviembre de 1999, Exp. No. 5173.

<sup>6</sup> Sentencia Casación Civil de 23 de junio de 2005, Exp. No. 058-95

<sup>7</sup> Por medio del cual se modifica el Código Nacional de Tránsito Terrestre y se dictan otras disposiciones.

<sup>8</sup> Por medio del cual se actualiza el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se modifica su titulación y numeración.

<sup>9</sup> Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

De las normas en cita se destaca que el SOAT i) es de carácter *obligatorio* para todo vehículo automotor que transite por el territorio nacional; ii) las entidades aseguradoras autorizadas, están obligadas a otorgarlo y iii) cubre entre otros y en lo que aquí es relevante “*Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones, de acuerdo con la cobertura que defina el Gobierno Nacional*” y “*Gastos de transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud*” (art 193 D. 663/93).

Por ende, las personas que sufran daños corporales causados en accidente de tránsito ocurrido dentro del territorio nacional, esto es ocupante de vehículos, conductores, pasajeros y peatones, tendrán derecho a los servicios y prestaciones de que trata mencionado artículo.

Ahora bien, la atención médica que deban recibir las personas lesionadas en accidentes de tránsito debe ser brindada de manera obligatoria por los establecimientos hospitalarios, o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, so pena de las sanciones contenidas en el No. 2 del artículo 195 del Decreto 993 de 1993.

Esta atención médica involucra todos aquellos “*servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios*”, que la víctima requiera para “*lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que Esta traía.*” (Art.2.6.1.4.2.1 Decreto 780 de 2016.).

Pero una vez prestado el servicio, la institución, aun cuando no es parte del contrato de seguro, es por virtud de la ley (artículo 2.6.1.4.2.2 del Decreto No. 780 de 2016 concordante con el numeral 4 del artículo 195 del Decreto 663 de 1993), quien está legitimada para exigir el pago de los servicios brindados, para tal efecto deberán acorde con el art. 194 del Decreto 663 de 1993, **i. Demostrar el accidente de tránsito y ii. La efectiva prestación del servicio cuyo pago se reclama**, lo que guarda concordancia con la carga de la prueba de que trata el artículo 1077 del Código de Comercio, disposición a la cual nos remite el señalado decreto 780 en su artículo 2.6.1.4.3.12.

Para lo primero resulta pertinente señalar que el legislador entiende como accidente de tránsito aquel “*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 Capítulo, aquel producido por la participación del vehículo automotor en espectáculos o actividades deportivas*”<sup>10</sup>; por Vehículo automotor “*(...) todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado. No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios*”<sup>11</sup>; y por vía “*(...) toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.*”<sup>12</sup>; ahora para su comprobación ante el responsable del pago del riesgo asegurado, servirá la certificación que expida el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalaria, así lo establece el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011.

<sup>10</sup> Numeral 1 artículo 2.6.1.4.3 Decreto 780 de 2016.

<sup>11</sup> Numeral 6 artículo 2.6.1.4.3 Decreto 780 de 2016.

<sup>12</sup> Numeral 7 artículo 2.6.1.4.3 Decreto 780 de 2016

Para lo segundo esto es acreditar la efectiva prestación del servicio médico el mismo decreto en su artículo 2.6.1.4.2.20 No. 2 dispone que, ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, deberán allegarse:

- **Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6.**
- **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.**
- **Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 de la anotada codificación, es decir, que este debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes, sin que esto constituya un elemento único para reclamar el pago, pues debe presentarse ante la respectiva entidad aparejado de los otros instrumentos.**
- **Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.**

Y no podrá el responsable de pago en este caso la aseguradora, exigir otros soportes distintos a los ya enunciados para tramitar y pagar los servicios de salud, indemnizaciones y gastos. (artículo 2.6.1.4.3.4. *ib*).

Ahora bien, la aseguradora autorizada para operar el SOAT, estudiará la reclamación que se le efectúa acorde al artículo 2.6.1.4.3.10, por lo que también les corresponde verificar la ocurrencia del hecho, la condición de víctima de la persona a la que se le prestaron los servicios médicos y su costo.

En esa labor la aseguradora tiene dos posibilidades

La primera, atender el pago dentro de la oportunidad de que trata el inciso 4 del artículo 2.6.1.4.3.12, esto es dentro de mes siguiente a la reclamación so pena del pago de un interés de mora igual al certificado como bancario corriente aumentado en la mitad.

La segunda, objetar la reclamación al tenor del artículo 244 de la Ley 100 de 1993 que señala<sup>13</sup> *“Cuando las compañías aseguradoras encuentren que existen serios motivos de objeción a la reclamación que presenten las entidades clínicas hospitalarias, deberán poner en conocimiento del reclamante tales objeciones, dentro del término previsto para el pago de la indemnización. (...)”* esto es dentro de los 20 días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes conforme lo establece el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011<sup>14</sup>:

En ese lapso la asegurada debe formular todas las glosas sobre las cuales justifique su decisión de no pago y no podrá ***“formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial”***

Quiere decir lo anterior que, si no objeta la reclamación en este tiempo, lo procedente es el pago de la obligación, pues es la consecuencia que surge de su conducta silente, así lo establece el artículo 1053 No. 3 del Código de Comercio concordante con el 1080 *ib*. disposiciones a la cual nos remite expresamente los artículos 2.6.1.4.3.12 Decreto 780 de 2016 y el numeral 4 del artículo 192 del Decreto 663 de 1993.

<sup>13</sup> Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

<sup>14</sup> Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ahora puede ocurrir que glosada una factura el prestador del servicio de respuesta aceptando la observación, lo cual debe realizar dentro de los 15 días hábiles siguientes y tendrá 7 días más para subsanar la causa; si se satisface la exigencia hecha por la aseguradora, lo procedente es su pago y por regla general no podrá formular la aseguradora una nueva objeción pues desde la primera oportunidad la entidad debe establecer todas las glosas que resulten procedentes de conformidad con la verificación que les compete adelantar, como ya se dijo acerca de la ocurrencia del accidente, la condición de víctima de la persona que recibe la atención médica y el monto reclamado.

Por el contrario, puede ocurrir que, presentadas las justificaciones del caso por parte de la IPS, la aseguradora mantenga la objeción en todo o en parte, pero en todo caso ello debe ocurrir dentro de los 10 días hábiles siguientes a la recepción de esta nueva respuesta dada por la institución reclamante, si ello no ocurre en ese plazo, la factura debe pagarse.

Ahora bien, en el evento de que presentada una reclamación, la entidad aseguradora no pague la factura o la objeción no se haya dado en el plazo legal o no este justificada, la entidad prestadora del servicio de salud podrá instaurar las acciones que se derivan del seguro obligatorio so pena de prescripción.

Esta normativa a la cual expresamente no remite el artículo 2.6.1.4.4.1., establece dos términos prescriptivos distintos

- De dos años que corre *“desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”*
- *De cinco años que corre “contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.”*

Pero para estos especiales seguros, el computo del término prescriptivo para la prestadora del servicio, inicia conforme el señalado Decreto, a partir de

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

(...)

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

Pero ante estos dos términos prescriptivos, no significa que transcurrido el de la ordinaria (dos años), la entidad prestadora del servicio no pueda acogerse al periodo definido para la extraordinaria (cinco años), así lo explicó la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia cuando señaló en sentencia del 4 de julio de 1977 que la palabra *interesado* debe entenderse como *“(...) quien deriva algún derecho del contrato de seguro, que al tenor de los numerales 1 y 2 del artículo 1047 son el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador; (...) estas son las mismas personas contra quienes puede correr la prescripción extraordinaria, porque no se trata de una acción pública que pueda ejercitar cualquiera”*

Y agrega la doctrina sobre el punto: *“En consecuencia, si por “el interesado” se entiende a más del asegurador, el tomador, el asegurado o el beneficiario, en relación a estos sujetos de derecho correrán los términos de prescripción previstos en el art.1081 del C. De Co, y no solo la ordinaria de dos años expresamente señalada en el inciso segundo, si no también la extraordinaria de que trata el inciso tercero, como adelante se demuestra, debido a que la*

*expresión referente a que la prescripción extraordinaria correrá contra “toda clase de personas” nada nuevo ni adicional aporta”<sup>15</sup>*

Lo que indica entonces que para las acciones derivadas del contrato de seguro iniciadas bien sea por el asegurado, tomador, beneficiario, o quien por disposición legal tenga la potestad de reclamar algún tipo de reclamación, aplica tanto el término prescriptivo ordinario de la norma mercantil en comento como el extraordinario y la diferencia entre una y otra será el hito inicial del término prescriptivo pues mientras que la ordinaria está asociada al conocimiento del interesado, la segunda comienza a correr desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Criterio que fue reiterado en reciente pronunciamiento emanado del órgano de cierre civil en sentencia del 4 de noviembre de 2021 del M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque dentro SC4904-2021 Rad.6601-31-03-003-2017-00133-01 al indicar:

*“Dada la amplitud del referido texto normativo, prima facie, no es factible circunscribir a las distintas tipologías de acciones aseguraticias, ninguno de estos modelos de prescripción en particular. De ahí, que, en principio, todas las acciones derivadas del contrato de seguro pueden verse afectadas por la prescripción ordinaria cuyo carácter subjetivo, impone reparar, en cada caso, tanto la calidad de la persona promotora de la acción, como su posición en relación con el hecho que dio origen a la misma o con el derecho que persigue, con miras a determinar si su reclamación se rige por aquella o, en caso contrario, por la extraordinaria, dada la connotación objetiva de la última.”*

Y agrega: *“Para la censura, el Tribunal erró en la interpretación del artículo 1081 del Código de Comercio, porque dicha norma no prevé que «a los terceros, la viuda y los herederos que ejercitan una acción directa contra la aseguradora, se les aplique la prescripción ordinaria», por lo que, a efectos de llenar ese vacío legal, **ha debido realizar un razonamiento interpretativo más amplio** a partir de la jurisprudencia de la Corte para el evento de la acción directa en el seguro de responsabilidad civil, por concernir al término de prescripción más amplio, y porque al ser objetivo corre contra todo el mundo, es decir, contra terceros.”*

Lo que impone entonces en clase de acciones que, si se invoca la prescripción de la acción, se constante que ambos periodos se hayan agotado, pues en caso contrario la excepción esta llamada al fracaso.

## 5. Caso en concreto

En apoyo al marco normativo acabado de señalar y descendiendo en el sublite el Juzgado advierte que las pretensiones elevadas por la demandante Clínica de Fracturas de Valledupar S.A.S. en contra de la Compañía Mundial de Seguros S.A., se encuentran llamadas a prosperar parcialmente tal y como pasa a exponerse.

En primer lugar, ninguna duda hay sobre la legitimación en la causa tanto por activa como por pasiva, pues al tenor del 2342 del Código Civil, el damnificado o perjudicado es quien se encuentra llamado a exigir del legítimo responsable.

En el presente caso está probado que Clínica de Fracturas Valledupar S.A.S., conforme a las disposiciones legales otrora mencionadas está obligada a atender a víctimas o lesionados en accidentes de tránsito y puede a su vez exigir el pago de los servicios prestados como lo refiere el Decreto 663 de 1993 que reza en su artículo 195 No. 4 *“Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de*

<sup>15</sup> López Blanco, Hernán Fabio. Comentarios al contrato de seguro. 2014. 6 edición pág. 502-503

*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”.*

Por su parte la aseguradora convocada, es la llamada a comparecer a este juicio dado que los pagos reclamados por la Clínica demandante, tienen como fundamento la existencia de una serie de seguros obligatorios que respaldan el pago de la atención prestada a los diferentes pacientes involucrados en accidente de tránsito donde alguno de los vehículo involucrados contaba con el correspondiente SOAT expedido por Compañía Mundial de Seguros; señala el artículo “*ARTÍCULO 2.6.1.4.2.3. 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”*

Superado lo anterior, pasa el Juzgado al estudio de los demás presupuestos de la acción, esto es la verificación de la ocurrencia del daño o perjuicio, la culpa atribuible al causante del daño y el nexo de causalidad entre uno y el otro.

Respecto al *daño*, se puede concluir que está dado en razón a la falta de pago de servicios médicos facturados por la demandante Clínica de Fracturas de Valledupar S.A.S., a la aseguradora.

Ahora dada las múltiples reclamaciones y facturas acompañadas al presente proceso, de manera general se destaca que en efecto se encuentra acreditado el daño reclamado, pues si bien es cierto en algunos casos la institución demandante no logró demostrar la ocurrencia del hecho esto un accidente de tránsito que afectara la póliza que sustenta la reclamación o por su parte la demandada la objetó oportunamente y desvirtuó la ocurrencia del suceso, no lo es menos que frente a un grupo de facturas que en mayor detalle se mencionaran en líneas más adelante, la aseguradora si debía cancelarlas, pues a grosso modo se indica por el momento que o bien no fueron objetadas las reclamaciones o las objeciones son infundadas bajo el entendido que no lograron desvirtuar la ocurrencia del accidente, la condición de víctima de la persona atendida por la institución, los valores facturados y la existencia del seguro obligatorio asociado al evento.

En cuanto a la *culpa*, y en línea con lo anterior también queda demostrada en aquellos eventos en que la factura si tenía que ser cancelada pues si no existía un justo motivo para dejar de cancelar la obligación que por mandato legal y del contrato de seguro le corresponde asumir, es su comportamiento culposo en tanto desconoce una prolija regulación legal del seguro obligatorio para accidentes de tránsito y desconoce también que la demandante en su oportunidad tal como lo planteó en la demanda si efectuó oportunamente las reclamaciones acompañando todos y cada uno de los documentos que los diferentes postulados normativos establecen.

En ese sentido, no cabe duda para el Juzgado que conforme la obligación contenida en el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, y en su integridad las normas señaladas en la parte considerativa de esta decisión y al margen de la potestad que tienen las entidades aseguradoras de efectuar auditorias en relación con las reclamaciones que se les presenten, les asiste por mandato legal una obligación de pago de tales conceptos, si no logran desvirtuar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida; ahora si abstienen de realizar esos reconocimientos injustificada como en este asunto ocurrió respecto de algunas reclamaciones, comprometen su responsabilidad.

Respecto al nexo de causalidad, está por sentado que para que una persona sea responsable civilmente se requiere además de la culpa, que con su comportamiento haya dañado un bien de un tercero que estaba protegido por el orden jurídico civil. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 10 de junio de 1963 ha señalado que:

*“Para que a tenor de este artículo resulte comprometida la responsabilidad de una persona – natural o jurídica – se requiere, como bien es sabido, que haya cometido una culpa (“latu sensu”) y que de ésta sobrevengan perjuicios al reclamante. O sea, la concurrencia de los tres elementos que la doctrina predominante ha sistematizado bajo los rubros de culpa, daño y relación de causalidad entre aquélla y éste.”*

De ahí que, sin necesidad de hacer mayores consideraciones sobre el particular, dicho vínculo se encuentra dado en razón a que el no pago a cargo de la demandada en los términos señalados con anterioridad, genera un perjuicio patrimonial en la institución que previamente presta los servicios a las víctimas en accidente de tránsito también en cumplimiento de un deber legal.

Pero retomando el daño y la cuantía de la pérdida procede el despacho, ahora si con mayor detalle, a analizar las diferentes reclamaciones elevadas por la demandante y como metodología se revisaran de acuerdo a la siguientes ítems, que se establecen a partir de las diferentes causales invocadas como justificación de no pago por parte de la aseguradora y en el siguiente orden: *i. Prescripción ii. Reclamación Cubierta iii. Reclamaciones objetadas y dentro de este último ordinal se abordarán los diferentes eventos que resultan comunes a diferentes facturas, para concluir en algunos casos la obligación de pago en la aseguradora y en otros descartarlo.*

Lo anterior, no sin antes destacar un aspecto relevante y es poner de presente a las partes que si bien en los hechos de la demanda se habla de 198 facturas y/o reclamaciones y en la subsanación se hace referencia solo a 141; esta divergencia como lo enunció la demandada en reiteradas oportunidades en el curso de este asunto, obedece a que al menos 56 fueron relacionadas inicialmente doble vez en el petitum, guardando identidad en cuanto a su número, fecha de expedición, fecha de radicación, valor, saldo y causal de devolución, lo que indica que para el estudio de las pretensiones, no se tendrán en cuenta aquellas relacionadas en forma repetida.

Súmese a lo dicho que, con los anexos de la demanda y la subsanación, fueron allegadas las facturas identificadas con los números 17004 correspondiente al servicio de salud prestado a Jesús David González Ortega, 19901 del servicio de consulta ambulatoria otorgado a Norelis Garrido Navarro y 15006 de la consulta de urgencias del señor William David Acosta Wilches; sin embargo, verificando la relación efectuada por la parte actora en su demanda y en su escrito subsanatorio, no se evidencia que se haya elevada pretensión alguna sobre estas reclamaciones, lo que conlleva al Juzgado a descartar su estudio.

#### **i. Prescripción**

Al elevar la excepción, la demandada Compañía Mundial de Seguros S.A. señaló que tal fenómeno opero respecto a las facturas identificadas con los números: i) 22348; ii) 23120; iii) 18816; iv) 18130; v) 15601; vi) 16969; vii) 20923; viii) 21280; ix) 20295; x) 21402; xi) 20837; xii) 21759; xiii) 4447; xiv) 2[3]314; xv) 3052; xvi) 16093; xvii) 13535; xviii) 1507; xix) 2232; xx) 4877; xxi) 2159; xxii) 6217; xxiii) 6167; xxiv) 6189; xxv) 6082; xvi) 6067; y, xvii) 5873, aduciendo que se habían cumplido 2 años para presentar su reclamo, sin que se hubiere hecho.

No obstante, como se precisó al inicio de estas consideraciones, en esta clase de asuntos el termino prescriptivo es de 5 años y no solo el de 2 como plantea la aseguradora, el cual corre contra cualquier interesado entre ellos la Clínica de Fracturas de Valledupar S.A.S demandante y se cuenta a partir de dos eventos concretos según el servicio facturado:

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

(...)

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

Pasando al estudio de estas 27 reclamaciones, tenemos que conforme la información de la asignación de reparto que obra en el archivo digital No. 2, la demanda fue radicada el veintidós (22) de enero del dos mil veintiuno (2021).

Tomando esta fecha se puede establecer que el fenómeno prescriptivo alegado no se presentó en ninguna de estas reclamaciones dado que entre la fecha de la atención y la fecha de la presentación de la demanda transcurrió un tiempo inferior a 5 años, de acuerdo a la siguiente información:

	NÚMERO DE FACTURA	VALOR	CLASE DE SERVICIO	FECHA DE LA ATENCIÓN O EL TRASLADO
1	13535	\$ 8.056.500	consulta urgencias/procedimientos/medicamentos/elementos	15/06/2017
2	1507	\$ 16.304.749	consulta urgencias/procedimientos/medicamentos/elementos	8/03/2016
3	15601	\$ 24.000	derecho de curaciones	1/09/2017
4	16093	\$ 1.282.750	procedimientos/materiales/medicamentos	9/08/2017
5	16969	\$ 265.400	consulta urgencias/procedimientos/medicamentos/elementos	24/10/2017
6	18130	\$ 84.100	consulta ambulatoria	20/04/2017
7	18816	\$ 1.268.050	procedimientos/materiales/medicamentos	1/12/2017
8	20295	\$ 260.400	traslado asistencial basico primario	3/02/2018
9	20837	\$ 260.400	traslado asistencial básico primario	18/02/2018
10	21759	\$ 1.680.500	consulta urgencias/procedimientos/medicamentos/elementos	25/03/2018
11	20923	\$ 1.038.090	procedimientos/materiales/medicamentos	27/11/2017
12	21280	\$ 6.884.087	procedimientos/materiales/medicamentos	28/02/2018
13	21402	\$ 260.400	traslado asistencial básico primario	9/03/2018
14	2159	\$ 6.816.162	consulta urgencias/procedimientos/medicamentos/elementos	22/04/2016
15	2232	\$ 4.969.250	consulta urgencias/procedimientos/medicamentos/elementos	19/04/2016
16	22348	\$ 260.400	traslado asistencial básico primario	13/04/2018
17	23120	\$ 260.400	traslado asistencial básico primario	21/05/2018
18	23314	\$ 733.500	consulta urgencias/procedimientos/medicamentos/elementos	9/03/2018
19	3052	\$ 18.607.958	consulta urgencias/procedimientos/medicamentos/elementos	18/06/2016
20	4447	\$ 231.700	traslado asistencial básico primario	3/08/2016
21	4877	\$ 229.800	traslado asistencial básico primario	9/09/2016
22	5873	\$ 114.900	traslado asistencial básico primario	17/07/2016
23	6067	\$ 114.900	traslado asistencial básico primario	23/07/2016
24	6082	\$ 114.900	traslado asistencial básico primario	31/08/2016
25	6167	\$ 114.900	traslado asistencial básico primario	1/10/2016
26	6189	\$ 114.900	traslado asistencial básico primario	3/08/2016
27	6217	\$ 114.900	traslado asistencial básico primario	25/06/2016

Obsérvese que los servicios de salud y/o transporte respectivamente que dieron lugar a la constitución de la factura objeto de las reclamaciones de la parte actora, fueron otorgados entre el ocho (08) de marzo de dos mil dieciséis (2016) tal y como se desprende de la factura No. 1507, al veintiuno (21) de mayo del año dos mil dieciocho (2018) como se colige de la reclamación contenida en la factura No. 23120.

De ahí que la demandante en referencia al servicio más antiguo prestado (factura 1507), contaba hasta el ocho (08) de marzo de dos mil veintiuno (2021) para incoar la acción y como ya se vio la demanda fue radicada antes en enero de ese mismo año, por lo que sin necesidad de hacer más aclaraciones al respecto, no tendrá buen suceso la excepción y por ende, deberá efectuarse un estudio de fondo sobre las objeciones planteadas respecto de las 143 facturas que motivan la pretensión consecuencia de la demanda, descartada la prescripción anotada.

## ii. Reclamación Cubierta

Como se advirtió previamente, la demanda y las pretensiones versaron sobre 143 facturas que fueron radicadas para hacer la respectiva reclamación de pago ante la aseguradora demandada Compañía Mundial de Seguros S.A., entidad que se negó a dicho reconocimiento tras objetarlas por diferentes causales, empero a la altura de la excepción “Inexistencia del derecho a la indemnización por inexistencia del siniestro”(pdf 13 hoja 27), las siguientes facturas no tiene una justificación de no pago y por el contrario traen una expresión que permite reafirmar el deber de cancelarlas: “CUBIERTO”, véase la siguiente imagen como ejemplo

41951	CA41140	ANTONIO	GLOBAL RED LTDA	CUBIERTO
41641		JOSE	JOSE MIGUEL	
41951		RAMIREZ	QUIJANO	
		JIMENEZ	RODRIGUEZ	

Esta novedad se presenta en las siguientes facturas 41848 – servicio prestado a Josué Daniel Marín Domínguez (; ii) 36923 - servicio prestado a Lina María Parra Mejía; iii) 41951 - servicio prestado a Antonio José Ramírez Jiménez (ca41140 Global Red Ltda); iv) 41641 - servicio prestado a Antonio José Ramírez Jiménez (ca41140 Global Red Ltda); y v) 41071 - servicio prestado a Tania Sofía Bullos Quiróz; aunque con el líbello de la demanda se allegaron los documentos correspondientes tanto a la reclamación efectuada por entidad prestadora del servicio de salud demandante en su oportunidad, como las glosas y objeciones efectuadas por la demandada, ésta última en el escrito mediante el cual contestó demanda y formuló medios exceptivos de fondo efectuó una relación en donde luego de señalar que ejecutadas las auditorías y constatación de los hechos reclamados, en la casilla titulada “*SÍNTESIS INFORMACIÓN RECOPIADA EN INFORME DE INVESTIGACIÓN CON RELACIÓN A LAS CIRCUNSTANCIAS DE MODO, TIEMPO Y LUGAR DE LOS HECHOS*” que corresponde al resultado de tales investigaciones, consignó la novedad de *cobertura*.

Información que en iguales términos aparece registrada en los *REPORTES DE INVESTIGACIÓN* de al menos dos facturas (41951 y 41641) la que fueron allegados como anexos de su contestación y que se encuentran en la carpeta denominada *13AnexosLinkContestacionDemanda – INFORMES INVESTIGACIÓN* del expediente digital.

Para traer un ejemplo se indica respecto de la factura 41951, que una firma investigadora designada por la aseguradora, determinó

CONCLUSIONES:	
Del evento de tránsito registrado el día 24 febrero 2020, en el cual estuvo involucrada la motocicleta de placa LZE34E, resultando lesionados; el joven ANTONIO JOSE RAMIREZ JIMENEZ, se halló inconsistencias, debido a que niega a dar declaración y de haber sufrido algún accidente que posteriormente confirma, por lo tanto se deja a consideración de la compañía SEGUROS MUNDIAL, cubrir o no la reclamación que por concepto de Gastos médicos realiza la IPS CLÍNICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR, de la víctima el señor ELIECER DAVID CATANO FRAGOZO, no se hallaron elementos de pruebas que permitan sugerir una objeción, lo cual se sugiere atender.	
INVESTIGADOR QUIEN VERIFICO EL CASO:	
NOMBRE: YOBANY RODRIGUEZ CORTES	IDENTIFICACION: CC 79459665
SUGERENCIA:	CUBIERTO

Es decir, de la labor de verificación de la firma contratada o bien se confirmó el accidente o no se logró descartar lo que la documentación entregada por la clínica, informaba, como es el caso de la factura la No. 21759 - servicio prestado a Paola Andrea Ramírez López (cda66958 de Global Red Ltda.), pues si bien la aseguradora plantea una inexistencia del derecho bajo el argumento de que “NO FUE POSIBLE CONFIRMAR LOS HECHOS” y la firma aseguradora en su investigación indica que la paciente fue trasladada a Clínica Erasmo Ltda., son los documentos entregados por la Clínica a la hora de la reclamación, los que dan cuenta de la ocurrencia del accidente de tránsito (pdf 2052 a 2063 anexos Subsanación).

De ahí que, pese a que en principio sobre estas seis facturas se planteó alguna controversia, lo cierto es que, dados los resultados de las auditorias ejecutadas por la aseguradora, lo informado por dicha entidad en su contestación y los anexos que se aportaron como soporte de su defensa, sí debían ser canceladas por ella y como esto último no aparece acreditado, hay lugar a ordenar su pago a título de perjuicios más los intereses de mora correspondientes.

### iii. Reclamaciones objetadas

#### - Objeción sin soporte.

En este punto resalta el Juzgado que la demandante se opone al pago asociado a ciertas reclamaciones que, si bien fueron en su oportunidad objetadas por la aseguradora demandada bajo diversas causales (inconsistencias en los formularios adjuntos, falta de documentación, soportes ilegibles, SOAT de vehículo no involucrado en el accidente de tránsito que motivó la atención médica, falta de legibilidad de los documentos aparejados de la reclamación, eventos de los cuales obra como anexos de la demanda y la subsanación la respectiva factura que da cuenta del servicio, la historia clínica que acredita la atención médica prestada, la objeción y/o devolución realizada por la demandada bajo los motivos atrás señalados), de acuerdo a la prueba documental que milita en el expediente, no se verifican las indagaciones o estudios efectuados por la aseguradora, así como tampoco de su resultado para desvirtuar la prueba del accidente que por el contrario si está acreditada con la certificación médica allegada y los soportes que acompañan cada factura.

No basta con que la aseguradora objete, glose o devuelva la reclamación, sino que era de su carga allegar en este asunto las pruebas necesarias que respaldaran dicha negativa y desvirtuaran la ocurrencia del accidente o el costo del servicio médico prestado; en contraste la Clínica si aportó prueba del accidente que dio paso a la prestación de los servicios de salud. La situación expuesta en precedencia se presentó con las siguientes facturas y por ende se ordenará el pago de las reclamaciones que pasan a relacionarse.

NÚMERO DE FACTURA	VALOR
22348	\$260.400
23120	\$260.400
21280	\$6.884.087
20295	\$260.400
20837	\$260.400
4447	\$231.700
3052	\$18.607.958

16093	\$1.282.750
13535	\$8.056.500
2232	\$4.969.250
4877	\$229.800
6217	\$114.900
6167	\$114.900
6189	\$114.900
6082	\$114.900
6067	\$114.900
5873	\$114.900
36728	\$276.038
42755	\$329.300
39484	\$145.800
41864	\$12.297.850
42479	\$2.166.650
42506	\$295.200
35424	\$271.600
40313	\$315.400
35740	\$276.038
39787	\$276.038
43024	\$292.600
42042	\$802.400
42041	\$292.600
20923	\$1.038.090
1507	\$16.304.749
40484	\$292.600
15601	\$24.000
42232	\$1.629.350
41932	\$272.910
42144	292600
42145	\$1.869.960
42436	\$292.600
42438	\$233.360
42513	\$7.854.570
42713	\$264.400
43208	\$884.260
43337	\$10.138.400
43249	\$ 393.700
43557	\$ 3.320.600
43666	\$20.800
43499	\$ 2.537.485
41933	\$ 265.710
42028	\$292.600

Solo por traer un ejemplo por la factura 36728 se alega la causal de “póliza prestada” porque la persona lesionada según la aseguradora se transportaba en un vehículo distinto al amparado que responde a la placa EJG08A, sin embargo, no se aporta un soporte de esa conclusión y verificadas las pruebas allegadas con la demanda, el accidente de tránsito sí se encuentra probado con certificación médica visible en los anexos a la subsanación de la demanda (página 184)



### - Póliza prestada

En su defensa, alegó la aseguradora tanto en sus objeciones como en sus excepciones que no era posible atender la reclamación, porque no estaba involucrado el vehículo amparado o porque habiendo ocurrido el accidente el ocupante lesionado se ubicaba en otro vehículo no amparado.

Al respecto se itera que para que haya lugar al pago por parte de la aseguradora de las reclamaciones efectuadas por la entidad prestadora del servicio de salud bajo el amparo de la póliza SOAT, se hace necesario acreditar: i) la existencia de un accidente de tránsito dentro del territorio nacional en vía pública o privada; ii. que en el suceso esté involucrado un vehículo con cobertura SOAT expedida por la sociedad demandada iii) que una persona ocupante de ese mismo vehículo o un peatón hubiere resultado lesionado iv) que haya sido atendido por la entidad demandante.

En ese entendido, tenemos como ya se anticipó que la aseguradora objetó varias de las reclamaciones que son objeto del trámite, alegando en síntesis que la persona *se transportaba en un automotor distinto al amparado con la póliza* o la lesión no surgió como consecuencia de un accidente de tránsito en el que estuviere involucrado el *vehículo amparado*.

Conforme los informes que fueron allegados como anexos de las investigaciones realizadas sobre tales objeciones, se encuentra que para llegar a dichas conclusiones, fueron realizadas entrevistas a las personas que directamente estuvieron implicadas en el siniestro y quienes recibieron el servicio de atención médica que originó la creación de la factura, quienes explicaron las circunstancias de modo, tiempo y lugar del accidente, y dieron por cierto que la atención si bien tuvo origen en un accidente de tránsito, el amparo bajo el cual fueron atendidos fue por la póliza de un vehículo que no estuvo involucrado en este y solo por traer algunos ejemplos se verifica en dichas entrevistas como que la póliza la prestó algún familiar o amigo porque la víctima del accidente no contaba con afiliación en el sistema de seguridad social en régimen contributivo o subsidiado (como ocurrió por ejemplo con la reclamación derivada de la factura No. 43299 correspondiente a la atención médica prestada a Juan Ismael Jiménez Granados), o porque el tiempo de atención no es rápido (como se reconoció por ejemplo en el proceso investigación asociado a la factura número 41388).

En el primer caso traído como ejemplo el vehículo amparado era el identificado con placas EJY35F conducida supuestamente por el Sr. Juan Ismael, pero este luego reconoció que realmente se transportaba en la moto UBI60C, se accidentó pero como su moto no tenía póliza *“mi mamá hizo el favor de prestarme el seguro de su moto marca Hero, color negro de placas EJY35F, para que me pudieran atender; en el lugar de los hechos no hubo presencia policial.”*(Ver informe de investigación ca45368 de Global Red Ltda. Carpeta 13 Anexos Contestación Demanda)

En el segundo caso el Sr. Gerardo Jesús Madariaga narró que había sufrido una lesión en su brazo y se trasladó por sus propios medios a la clínica demandante pero aclaró **“INGRESO CON EL SEGURO DE MI MOTOCICLETA DE PLACAS TDX81E, PARA QUE ME ATENDIERAN MÁS RÁPIDO, PERO YO NO SUFRÍ UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO”** (Ver informe de investigación ca41144)

En todas estas auditorías, la aseguradora a partir de la propia versión del lesionado o del propietario del vehículo amparado totalmente documentada con formato de declaración, logra a criterio de este despacho desvirtuar la información que contiene la certificación médica, pues es la propia víctima o el tomador de la póliza, el que reconoce que los hechos en torno a su lesión o al accidente, ocurrieron de forma diferente a la que se pudo haber expresado a la prestadora del servicio de salud.

Eventos como los expuestos se presentaron en los casos asociados a las siguientes facturas:

<b>FACTURA</b>	<b>VALOR</b>
42178	\$ 292.600
34247	\$ 19.600
35437	\$ 108.300
36470	\$ 997.400
37048	\$ 19.600
41375	\$ 62.400
39591	\$ 141.300
40732	\$ 300.930
41388	\$ 351.500
41417	\$ 305.820
41501	\$ 9.802.530
41589	\$ 231.760
41743	\$ 292.600
41744	\$ 1.813.360
41746	\$ 292.600
41747	\$ 391.100
41775	\$ 292.600
41781	\$ 215.700
41782	\$ 292.600
41891	\$ 292.600
41966	\$ 114.700
42027	\$ 292.600
42103	\$ 209.100
42197	\$ 16.640
42369	\$ 1.528.500
42371	\$ 8.624.110
42486	\$ 10.141.300
42606	\$ 7.967.332
42608	\$ 114.700
42627	\$ 189.250
42704	\$ 220.700
42705	\$ 292.600
42752	\$ 292.600
42931	\$ 23.408.093
43299	\$ 396.760
43300	\$ 292.600
43542	\$ 292.600
43606	\$ 258.800
43650	\$ 292.600
43697	\$ 328.100

De ahí que no pueda el Juzgado ordenar su pago a la aseguradora demandada, pues quedo demostrado, que si bien la prestación del servicio de salud brindado en su momento por la demandante Clínica de Fracturas de Valledupar S.A.S. obedeció a un mandato legal y deber constitucional, también lo es que, no se hizo bajo el amparo de la póliza SOAT de un vehículo que hubiere tenido incidencia o relación en el siniestro.

Al respecto, en sus alegatos la parte demandante señaló, que le asiste un deber de atender a todas las personas que ingresen a la entidad tras ser víctimas o lesionados de un accidente de tránsito, en tanto para su registro e ingreso la entidad hace una serie de preguntas a efectos de determinar tanto el motivo que originó la atención y cuál va a ser la entidad pagadora del servicio. Así cuando se trata de accidentes de tránsito se verifica la existencia de una póliza

SOAT para poder efectuar la posterior reclamación ante la aseguradora, sin que en este momento, ni luego de que se solicita el reembolso sea plausible por la entidad efectuar otro tipo de averiguaciones al respecto, o en su defecto que la encargada del pago desconozca la información plasmada por el médico que atendió al paciente. Sobre el punto refirió la decisión adoptada en tal sentido por el Tribunal Superior de Bogotá Sala Civil en un pleito suscitado entre las mismas partes.

Aun cuando este argumento es plausible bajo el entendido que ante un indebido pago la aseguradora tiene acción de repetición al tenor de lo establecido en el artículo 2.6.1.4.3.14. del Decreto 780 de 2016, el criterio de este despacho es que como en cualquier contrato de seguro, quien reclama el pago del riesgo amparado debe demostrar la ocurrencia del siniestro y si bien la ley establece que la prueba de este será a través del certificado “que expida el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario”(art. 194 Decreto 663/93), cierto es también que son varias las normas que le permiten a la aseguradora desvirtuarlo, no de otro modo el legislador hubiera impuesto inclusive el deber a la aseguradora de adelantar auditorias, con miras justamente a glosar las reclamaciones.

Así lo señalara el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011 al disponer que *“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 y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorías posteriores.”* (subrayas fuera del texto)

Y el artículo 2.6.1.4.3.10 del Decreto 780 de 2016, al imponer el deber a la aseguradora de estudiar la procedencia de la reclamación verificando 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 de que trata el artículo 1081 del Código Comercio y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.

Por su parte la Circular 15 del 27 de octubre de 2016 impone a las Instituciones prestadoras de servicios de salud reportar la ocurrencia del accidente dentro de las 24 horas siguientes al ingreso del paciente, para que la aseguradora “pueda validar las circunstancias de tiempo, modo y lugar de ocurrencia del evento”. El numeral 2.1.6. de la misma circular establece que “Los PSS deben facilitar a la Compañía Aseguradora el acceso oportuno a la información adicional relacionada con la atención en salud de la víctima de accidente de tránsito, cuando se trate de datos imprescindibles (pertinentes y útiles) para la labor de auditoría tendiente a determinar la cobertura del SOAT, verificando el origen del evento, la habilitación de la institución y de los servicios de salud brindados a la víctima, la entrega directa o la prestación de los servicios de salud durante la auditoría y su correcta facturación con la finalidad de justificar el gasto(...)” (subrayas fuera del texto)

Entonces si se pensará que la aseguradora no puede desvirtuar la ocurrencia del siniestro que en línea de principio queda demostrado con la certificación médica, surge la pregunta ¿para qué entonces la auditoria que debe adelantar la aseguradora y el estricto procedimiento de objeciones y glosas que no solo contempla la legislación comercial en su artículo 1077 inciso final sino en el artículo 57 la ley 1438 de 2011?.

No quiere decirse entonces que la institución que presta de buena fe un servicio con base en la información que el paciente suministra cuando ingresa a sus instalaciones quede sin mecanismos para obtener el pago de los servicios prestados, pues ante estos nuevos eventos que surgen precisamente de ese deber de verificación que les compete a las compañías de seguro, con suficientes elementos, podrá la institución dirigirse a entidad distinta que como lo refiere el Decreto 780 de 2016 podrá ser el Adres antes Fosyga con cargo a la subcuenta

ECAT, si se trata de un accidente de tránsito con vehículo o vehículos no asegurados o inclusive efectuar el cobro a la persona a la que se le prestó el servicio y entregó una información contraria a la realidad, evento último en que ambas entidades tanto la institución de salud como la aseguradora tendrán además la obligación de denunciar el comportamiento de quien pretendió defraudar el sistema ante los entes competentes, conforme lo imponen los artículos 195 No. 2 y 3 del Decreto 663 de 1993, 130 de la Ley 1438 de 2011, 11 y 12 de la Ley 1474 de 2011.

#### iv. Póliza expedida por otra aseguradora o falta de póliza

Dicha causal se argumentó en que el automotor no estaba asegurado por la aseguradora demandada o que el número de placa y póliza no corresponden.

Así se destacó para las facturas identificadas bajo los números: i) 41869 correspondiente a la atención brindada a YOMAR DANIEL CASTRO ARZUAGA; ii) 42886 del servicio otorgado a KEVIN ESNEIDER GARCIA LOPEZ; y, iii) 43788 de la atención dada a JOSE ARMANDO FONTALVO BERMUDEZ.

No obstante, el Juzgado no encuentra que la entidad aseguradora haya aportado al expediente un documento o prueba idónea a través del cual se acreditara esa circunstancia, por lo tanto deben pagarse.

Por el contrario la certificación médica allegada con la demanda confirma el evento como ocurre por ejemplo con la factura 41869 (hoja pdf 392 archivo digital 06 Anexos Subsanación)

Compartir Copiar vínculo 06AnexosSubsanacionDe...pdf

#### v. No se trata de un accidente de tránsito

Como se dijo previamente para que proceda la reclamación y el consecuente pago por parte de la aseguradora, es menester que la entidad peticionaria acredite tanto el siniestro como su cuantía. Y el siniestro no es otro distinto que la ocurrencia de un accidente donde queda lesionada una persona.

Quiere decir esto que, si el paciente sufre algún daño, pero ella no deviene de la ocurrencia de un accidente de tránsito que como se mencionó ya, es todo suceso donde está involucrado un vehículo, no se le puede imponer a la aseguradora pagar la factura cuando el hecho queda desvirtuado a partir de las pesquisas que en virtud de la ley ella adelanta.

Entonces, revisadas las averiguaciones e indagaciones pertinentes por parte de la demandada, se tiene que el fundamento de su objeción tiene origen en entrevistas que fueron realizadas en algunos casos directamente a las personas involucradas en el accidente de tránsito y en otros a familiares o personas cercanas a la víctima en el suceso.

En estos últimos, a criterio del Despacho pese a que estos terceros narraron antecedentes distintos a los conocidos por la Clínica para brindar la atención médica con cargo al SOAT, lo cierto es que esas manifestaciones no brindan la credibilidad suficiente para desvirtuar la información plasmada en el informe médico que se anexa a la reclamación, pues son personas que no estuvieron presentes en el momento del accidente del cual da cuenta la certificación médica respectiva, luego no pueden tener certeza de las circunstancias de modo, tiempo y lugar en como acontecieron los hechos y de contera no desvirtúan la ocurrencia del accidente, pues para ella obra una prueba de mayor relevancia como es el informe del médico suficiente para demostrarlo; la carga de la aseguradora de desvirtuar lo que ese documento informa tiene que ser contundente e inequívoco, características de las que adolecen los hallazgos de algunas de las investigaciones efectuadas en tiempo posterior por empresas externas a la aseguradora las sociedades Global Red Ltda y Valuative.

Bajo esa causal se objetaron las facturas

	FACTURA	VALOR	PACIENTE
1	2541	\$ 4.970.491	CRISTIAN ESTEBAN VILORIA TOREJANO
2	40313	\$ 315.400	LUISA MARIA QUINTERO MMARTINEZ
3	41454	\$ 13.134.545	JOSE LUIS SOCARRAS ARAUJO
4	41981	\$ 124.200	JOSE LUIS SOCARRAS ARAUJO
5	42087	\$ 114.700	JOSE LUIS SOCARRAS ARAUJO
6	42317	\$ 257.700	RUBY ESTELLA CHACON CHINCHILLA
7	42757	\$ 17.099.954	JUAN SEGUNDO NORIEGA MORALES
8	42769	\$ 543.400	JOSE LUIS SOCARRAS ARAUJO
9	43321	\$ 9.454.345	JOSE LUIS SOCARRAS ARAUJO
10	43427	\$ 10.995.200	ALIRIO OSE LOPEZ YANES
11	43434	\$ 217.600	SOLEDAD HINOJOSA FUENTES
12	2159	\$ 6.816.162	DAYNER RANGEL RINCÓN

Sobre la identificada con el número 40313, el Juzgado no efectuará pronunciamiento en este aparte, pues sobre esta ya se hizo referencia en el aparte denominado *Objeción sin justificación*, al determinarse que pese a que fue objetada por la demandada, en el plenario no hay prueba que soporte esa negativa al pago.

En cuanto a las identificadas bajo los 2541, 42757, 43321, 43434 si bien se adelantaron unas investigaciones posteriores al servicio médico prestado, las declaraciones obtenidas no vienen ni del paciente ni del tomador de la póliza asociada (ver por ejemplo el informe ca46030), siendo que es ellos lo que conocen los hechos del suceso y son las personas a las que deben contactarse en los procesos de investigación como lo explicó el testigo HERNANDO ARTURO QUIJANO RUÍZ.

Distinto acontece con las identificadas con los números 41454, 41981, 42087, 42317, 42769, 43427, 2159 pues de acuerdo a las averiguaciones realizadas se demuestra que en efecto el siniestro sobre el cual se basó la atención médica, no tuvo origen en un accidente de tránsito y fue la misma víctima o el propietario del automotor el que informó lo realmente ocurrido y las circunstancias por las cuales ingresó a la clínica, lo que sin lugar a duda indica que al respecto no hay deber de la demandada de proceder al pago reclamado.

Solo por mencionar algunos casos, algunos pacientes se accidentaron en parques o calles, circunstancias que acontecen con las reclamaciones de las atenciones prestadas a José Luis Socarras Araujo, Dayner Rangel Rincón y Alirio José López, este último que conforme a informe de investigación ca45743 reconoció *“Yo, Alirio López, identificado con cc 1003382671, relato lo sucedido. Me encontraba jugando fútbol en la cancha del barrio y en una jugada un compañero me empujó y me partí el brazo. De ahí me llevó un familiar en su motocicleta y fui atendido con el soatde su moto. Me llevaron en vehículo particular”*

#### vi. Vehículo quieto

Al respecto hay que memorar que acorde a los fundamentos legales señalados con anterioridad, un accidente de tránsito se entiende como el 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. Si se presentan estos supuestos estamos frente a un accidente de tránsito.

Entonces, bajo tal causal y con el argumento de que la persona se golpeó estando el automotor fuera de circulación o descendiendo de uno, fueron objetadas las facturas:

FACTURA	VALOR	PACIENTE	TIPO GLOSA
33737	\$ 276.038	MARIA RUSBA ZABALE ARRIETA	VEHICULO QUIETO
38897	\$ 94.500	MARIA RUSBA ZABALE ARRIETA	VEHICULO QUIETO
41236	\$ 100.000	MARIA RUSBA ZABALE ARRIETA	VEHICULO QUIETO
41392	\$ 1.673.400	ALEXANDER CAMARGO ARZUAGA	VEHICULO QUIETO
43173	\$ 114.700	ALEXANDER CAMARGO ARZUAGA	VEHICULO QUIETO
43285	\$ 218.260	FABIAN ALBERTO PADILLA MONTAÑEZ	VEHICULO QUIETO

Revisando los resultados de las indagaciones se evidencia que respecto a las reclamaciones de las facturas 33737, 38897, 41236, 41392, 43173 en las que la atención recayó sobre la señora María Rusba Zabale Arrieta y el señor Alexander Camargo Arzuaga, se determinó que las lesiones fueron ocasionadas si bien con un golpe con una motocicleta, no aconteció en una vía pública o privada, circunstancia que desvirtúa la existencia de un accidente de tránsito en los términos señalados.

Obsérvese que las indagaciones realizadas sobre la reclamación de la señora Zabale Arrieta dieron cuenta que aquella se machuco con el *cacho* de una motocicleta y que en razón a esto fue atendida con el SOAT de la moto. No obstante, no logra establecerse que esta hubiera estado ubicada en una vía.

En cuanto a las atenciones del señor Camargo la entrevista realizada a su hermano Luis Alonso Camargo da cuenta que aquel se encontraba en la terraza de su casa cuando una motocicleta que estaba ahí parqueada le cayó en una pierna.

No obstante, en relación con la factura con el número 43285 correspondiente a la atención brindada a Fabián Alberto Padilla Montañez se evidencia que la persona atendida manifestó *“Iba llegando a mi casa a bordo de mi moto con placa MWA60D, perdí el equilibrio cuando fui bajando de la moto y me lesioné el pie izquierdo, esa noche presenté mucho dolor e inflamación, al siguiente día me fui a la clínica de Fracturas de Valle para solicitar atención médica, al momento de la caída la moto se encontraba detenida y apagada”*, del recuento anterior no se descarta la ocurrencia del accidente, aun cuando la moto estaba apagada.

Destáquese en este punto que la norma no precisa que el vehículo debe estar en movimiento, luego la circunstancia de que la moto en este caso estuviere apagada no descarta que se trate

de un accidente de tránsito, en tanto que fue en el descenso del vehículo que estaba en movimiento en segundos previos, que se produce el hecho.

**vii. Vehículo no amparado.**

La aseguradora en su contestación y en sus alegatos de conclusión señaló que el amparo de la póliza SOAT solamente cubre los servicios y atenciones que requiera una persona que se encuentre en calidad de ocupante del automotor titular de este, ello para argumentar su obligación de no pago en un conjunto de facturas.

Al respecto señala el artículo 2.6.1.4.2.3. del Decreto 056 de 2015 que **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 se trate de o no de un vehículo asegurado y precisa la norma que *“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”* (subrayas fuera del texto). Frente a lo cual se exceptúan terceros no ocupantes frente a lo cual la reclamación puede elevarse ante cualquiera de las compañías aseguradoras de los vehículos amparados.

De la lectura de esta normatividad en efecto se desprende que la póliza esta llamada a cubrir solo los servicios médicos prestados a los ocupantes del vehículo amparado sea conductor o pasajero, luego no es posible afectar la póliza de otro vehículo aun cuando esté involucrado en el accidente.

Bajo ese postulado fueron objetadas las siguientes facturas y de acuerdo a los documentos allegados la aseguradora acreditó que la atención del paciente se hizo con base en una póliza de otro vehículo que no era ocupado por la lesionada y por tanto no puede reconocerse pago a favor de la PSS:

FACTURA	VALOR
42622	\$ 1.955.535
18816	\$ 1.268.050
41407	\$ 424.900
41801	\$ 1.052.785
42018	\$ 292.600
42019	\$ 230.400
42129	\$ 292.600
42160	\$ 292.600
42281	\$ 296.100
42543	\$ 2.420.860
42618	\$ 292.600
42652	\$ 305.800
42806	\$ 20.800
42865	\$ 292.600
42903	\$ 292.600
43115	\$ 20.800
43144	\$ 8.982.230
43176	\$ 114.700
43200	\$ 100.000
43212	\$ 157.800
43585	\$ 292.600
43586	\$ 288.300
21402	\$ \$260.400
23314	\$ 733.500

Se trae como ejemplo la factura 41407 (investigación efectuada por Global Red Ltda)

En dicho evento el paciente Jaime Andrés Ortiz era pasajero de una moto que no tenía SOAT, lo que motivó a que fuera ingresado con la póliza asociada al vehículo placas BTA22D que no ocupaba, pues era conducida por Luis David Aníbal Rodríguez quien relató los hechos del accidente en los siguientes términos:

*“Yo, LUIS DAVID ANIBAL RODRIGUEZ, con cédula de ciudadanía No. 1.065.839.268 manifiesto que conducía una motocicleta Splendor, color negro, no recuerdo la placa, cuando íbamos por la carrera 20 con calle 35, colisionamos con una motocicleta desconocida, resultando lesionado el parrillero JAIME ANDRES ORTIZ LUGO, con cédula de ciudadanía No. 76.267.670, fue trasladado en ambulancia hasta la IPS clínica de Fracturas donde le realizan RX en columna, permanece aproximadamente 4 horas en observación y le dan salida sin complicaciones. Lo ingresamos con el seguro de la moto de placa BTA22D, porque la moto en la que íbamos no tenía seguro”*

Recapitulando, la aseguradora debe pagar todas aquellas facturas o que no fueron objetadas en oportunidad o que habiéndolas objetado no desvirtúan ni la ocurrencia del accidente, ni el costo del servicio prestado a la víctima por parte de la Clínica demandante y que se enlistan a continuación. por lo que solamente es procedente el pago de las siguientes facturas y las demás quedan excluidas por los motivos atrás expuestos.

FACTURA	VALOR	POLIZA	PLACA	PACIENTE	F. PRESENTACION DE LA FACTURA
1507	\$ 16.304.749	14836958	UWO540	CIRO ALFONSO BOTELLO GOMEZ	24/03/2016
2232	\$ 4.969.250	1317-153281096	YOS08D	KATERINE DEL CARMEN AYALA VALLEJO	18/05/2016
2541	\$ 4.970.491	14766804	UFQ75C	CRISTIAN ESTEBAN VILORIA TOREJANO	31/05/2016
3052	\$ 18.607.958	14666221	TBG88D	ALBEIRO DE JESUS MARTINEZ BALCEIRO	1/08/2016
4447	\$ 231.700	152007682	HDJ86C	IRMA PEÑARANDA CAMACHO	20/10/2016
5873	\$ 114.900	154490884	COF88C	BLANCA ESTHER OLMOS HERNANDEZ	3-nov-16
6067	\$ 114.900	1317-148705933	NVI81D	JOSE ISAAC E CASTRO ROMERO	5-nov-16
6082	\$ 114.900	16109624	LOL28D	JUAN DIEGO CORONADO	5-nov-16
6167	\$ 114.900	152007741	EMO34A	RICHAR JOSE MOLINA SAUMETH	6/11/2016
6189	\$ 114.900	152007682	HDJ86C	IRMA PEÑARANDA CAMACHO	7/11/2016
6217	\$ 114.900	14686856	SOO96B	ROSALBA AMAYA PACHECO	7/11/2016
4877	\$ 229.800	15228423	DGS227	ADRIAN MARIA CUJIA JIMENEZ	4/07/2017
13535	\$ 8.056.500	163787245	YFO71D	KEVIN ADRES MENDOZA VERGARA	1/11/2017
15601	\$ 24.000	168512481	IWO389	JUDITH MARGARITA BARRIOS REYES	1/11/2017
16093	\$ 1.282.750	169402251	KHX56E	VICTOR ALEJANDRO ACUÑA MORALES	5/12/2017
18130	\$ 84.100	346487724	CEO07B	MIGUEL CHACON APONTE	10/01/2018
16969	\$ 265.400	177695081	RVM24C	DAGER ALFONSO RIVERA OSPINO	15/01/2018
20923	\$ 1.038.090	168218685	MTG04C	SERGIO LUIS VILLEGAS CAMPO	12/03/2018
20295	\$ 260.400	75006053	NOV15D	JORGE LUIS FRAGOZO ESPINEL	2/04/2018
20837	\$ 260.400	75603540	GMR20D	LUIS DAVID BAUTE QUINTERO	2/04/2018
21280	\$ 6.884.087	17511539	MIA93E	BRAYAN DAVID BERMUDEZ ORTIZ	3/04/2018
21759	\$ 1.680.500	17793586	DVE427	PAOLA ANDREA RAMIREZ LOPEZ	2/05/2018
22348	\$ 260.400	75009570	HNS32E	YAMELIS MEHSIELDIAZ DURAN	7/05/2018
23120	\$ 260.400	75067908	HPS79C	RANDY MIRANDA BARCASNEGRAS	15/06/2018

35740	\$ 276.038	70611481	gjw90b	DILAN ALFREDO SERPA BOBADILLA	6/08/2019
36728	\$ 276.038	76312671	EJG08A	LUIS CARLOS MARTÍNEZ GIL	16/09/2019
36923	\$ 276.038	726027289	HEX91C	LINA MARIA PARRA MEJIA	18/10/2019
39484	\$ 145.800	75433114	KFW340	KELVIN DAVID CAMPO CUELLO	21/01/2020
39787	\$ 276.038	77158200	DKC25D	BELKIS SOBEIDA VELILLA ESPAÑA	21/01/2020
40313	\$ 315.400	76790308	EKF32F	LUISA MARIA QUINTERO MMARTINEZ	13/02/2020
40484	\$ 292.600	77519629	HHS86F	YUSLEVINSON ROMERO OSPINA	13/02/2020
41071	\$ 292.600	766147631	STR05D	TANIA SOFIA BULLOS QUIROZ	20/02/2020
41864	\$ 12.297.850	76929009	ZWE54E	ROGER JAVIER MUÑOZ HERNANDEZ	4/05/2020
41869	\$ 646.455	77536133	CML215	YOMAR DANIEL CASTRO ARZUAGA	4/05/2020
41932	\$ 272.910	76026638	HPN06C	ORLEDIS LEONOR MIELES CASTRO	4/05/2020
42232	\$ 1.629.350	77701510	XFG37G	CAMILO ANDRES PATIÑO PEREZ	4/05/2020
41641	\$ 292.600	79291965	LZE34E	ANTONIO JOSE RAMIREZ JIMENEZ	6/05/2020
41848	\$ 292.600	76146894	CCP16E	JOSUE DANIEL MARIN DOMINGUEZ	21/05/2020
41933	\$ 265.710	76026638	HPN06C	IVAN RENE MARTINEZ ACOSTA	21/05/2020
41951	\$ 972.910	76291965	LZE34E	ANTONIO JOSE RAMIREZ JIMENEZ	21/05/2020
42041	\$ 292.600	76886161	UWR446	MARTA LILIA DEL RIO DUQUE	21/05/2020
42042	\$ 802.400	76886161	UWR446	MARTA LILIA DEL RIO DUQUE	21/05/2020
42145	\$ 1.869.960	78113160	KCF41F	BLADIMIR JOSE TORO RODRIGUEZ	21/05/2020
42028	\$ 292.600	76026638	HPN06C	IVAN RENE MARTINEZ ACOSTA	1/06/2020
42144	\$ 292.600	78113160	KCF41F	BLADIMIR JOSE TORO RODRIGUEZ	1/06/2020
42436	\$ 292.600	76633841	TBN29D	MARLIN CAROLINA MONTAÑO LAGOS	1/06/2020
42438	\$ 233.360	76633841	TBN29D	MARLIN CAROLINA MONTAÑO LAGOS	1/06/2020
42479	\$ 2.166.650	76487187	AJV11D	JANER ALFONSO VILLAFANA ALFARO	10/06/2020
42513	\$ 7.854.570	76978330	FSO38F	LEINER ELIAS RONDON LOPEZ	10/06/2020
42757	\$ 17.099.954	77542003	HEP43C	JUAN SEGUNDO NORIEGA MORALES	10/06/2020
42506	\$ 295.200	76042204	TQA75E	YESID RAFAEL POLANCO BARRETO	1/07/2020
42541	\$ 234.560	78131126	KCB63F	RICARO ANDRES JARAMILLO AMARIS	1/07/2020
42713	\$ 264.400	76450964	FSO28F	FERNANDO MIGUEL BARRIOS TORRADO	1/07/2020
42755	\$ 329.300	77436649	JJP08E	EDAGAR EDUARDO MORENO CHAMORRO	1/07/2020
42886	\$ 105.000	77340186	DKE67D	KEVIN ESNEIDER GARCIA LOPEZ	1/07/2020
43024	\$ 292.600	77848444	IVL93F	SOL NAYELIS BENAVIDEZ BLANCO	8/07/2020
43208	\$ 884.260	77182216	KNS51E	JOSE CARLOS DE LA HOZ OBREGON	22/07/2020
43249	\$ 393.700	77803722	DJZ35F	JHON JAIRO CORREA RINCON	22/07/2020
43285	\$ 218.260	77088642	MWA60D	FABIAN ALBERTOP PADILLA MONTAÑEZ	22/07/2020
43337	\$ 10.138.400	76507993	IYX72E	EVARISTO VEGA VIDES	22/07/2020
35424	\$ 271.600	76352891	XMP94C	ROSIRIS MARIA CONTRERAS JAAMAN	3/08/2020

43321	\$ 9.454.345	77168682	RGJ42G	JOSE LUIS SOCARRAS ARAUJO	3/08/2020
43434	\$ 217.600	78420573	BBI55E	SOLEDAD HINOJOSA FUENTES	3/08/2020
43499	\$ 2.537.485	77307962	LWG65D	RICARDO ANDRES CANEDO CAMARGO	3/08/2020
43557	\$ 3.320.600	76984796	KCW49C	HECTOR JOSE JIMNEZ MULFOR	3/08/2020
43666	\$ 20.800	76984796	KCW49C	HECTOR JOSE JIMENEZ MULFOR	3/08/2020
43788	\$ 252.500	77613418	FMG172	JOSE ARMANDO FONTALVO BERMUDEZ	3/08/2020
TOTAL	\$ 145.609.216				

En lo concerniente a la pretensión relativa a la repetición por parte de la aseguradora demandada contra los tomadores de las pólizas que fueron fraudulentamente presentadas, estima el Despacho que esa facultad contenida en los artículos 40 y 41 del Decreto 056 de 2015 se encuentra exclusivamente en cabeza de la Compañía Mundial de Seguros, la que se encuentra en libertad de ejercerla si lo estima necesario.

### Excepciones

Preciso recordar que, para enervar las pretensiones de la demanda, la aseguradora formuló las denominadas *Prescripción, Ausencia del derecho a la indemnización por no demostración de la ocurrencia del siniestro y su cuantía, Inexistencia del derecho a la indemnización por inexistencia del siniestro, Improcedencia de la indemnización por tratarse de lesiones que no guardan relación causal con un accidente de tránsito, Improcedencia de la indemnización por tratarse de póliza SOAT no expedida por MUNDIAL DE SEGUROS.*

La Prescripción fue abordada supra y con base en los argumentos atrás expuestos será despachada desfavorablemente.

Las demás buscar desvirtuar en apretada síntesis, la inexistencia de la obligación de pago a cargo de la aseguradora por no demostrar la ocurrencia del siniestro, el servicio prestado y facturado, aspectos que con suficiencia fueron abordadas también en líneas que anteceden donde se analizaron cada una de las causas y objeciones sobre las cuales la aseguradora respaldaba su negativa desechándolas en su mayoría y acogiendo solo algunas por las razones ya también expresadas.

De manera que el despacho se remite a los argumentos dados atrás, para declarar probadas parcialmente las denominadas *Ausencia del derecho a la indemnización por no demostración de la ocurrencia del siniestro y su cuantía, Inexistencia del derecho a la indemnización por inexistencia del siniestro, Improcedencia de la indemnización por tratarse de lesiones que no guardan relación causal con un accidente de tránsito, Improcedencia de la indemnización por tratarse de póliza SOAT no expedida por MUNDIAL DE SEGUROS.* y solo respecto de las siguientes facturas.

Consecuencia de lo anterior se condenará en costas a la parte demandada, pero se reducirán en un 50% en tanto que el monto reclamado es superior al que en esta decisión se reconoce.

En mérito de lo aquí expuesto, el **JUZGADO CINCUENTA CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ, D.C.**, administrando Justicia en nombre de la República, por autoridad de la Ley,

**RESUELVE:**

**PRIMERO.- Declarar** parcialmente probadas las excepciones denominadas “Ausencia del derecho a la indemnización por no demostración de la ocurrencia del siniestro y su cuantía conforme a las normas que regulan al seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT; Inexistencia del derecho a la indemnización por inexistencia del siniestro; Objeciones; Improcedencia de la indemnización por tratarse de póliza SOAT no expedida por MUNDIAL DE SEGUROS”, por las razones expuestas en precedencia.

**SEGUNDO.- DECLARAR** que la sociedad demandada Compañía Mundial de Seguros S.A. es responsable civil y extracontractualmente por el no pago de las facturas correspondientes a servicios de salud que prestó a la sociedad demandante a las víctimas de accidentes de tránsito amparadas con las pólizas SOAT que se detallan a continuación.

FACTURA	VALOR	POLIZA	PLACA	PACIENTE	F. PRESENTACION DE LA FACTURA
1507	\$ 16.304.749	14836958	UWO540	CIRO ALFONSO BOTELLO GOMEZ	24/03/2016
2232	\$ 4.969.250	1317-153281096	YOS08D	KATERINE DEL CARMEN AYALA VALLEJO	18/05/2016
2541	\$ 4.970.491	14766804	UFQ75C	CRISTIAN ESTEBAN VILORIA TOREJANO	31/05/2016
3052	\$ 18.607.958	14666221	TBG88D	ALBEIRO DE JESUS MARTINEZ BALCEIRO	1/08/2016
4447	\$ 231.700	152007682	HDJ86C	IRMA PEÑARANDA CAMACHO	20/10/2016
5873	\$ 114.900	154490884	COF88C	BLANCA ESTHER OLMOS HERNANDEZ	3-nov-16
6067	\$ 114.900	1317-148705933	NVI81D	JOSE ISAAC E CASTRO ROMERO	5-nov-16
6082	\$ 114.900	16109624	LOL28D	JUAN DIEGO CORONADO	5-nov-16
6167	\$ 114.900	152007741	EMO34A	RICHAR JOSE MOLINA SAUMETH	6/11/2016
6189	\$ 114.900	152007682	HDJ86C	IRMA PEÑARANDA CAMACHO	7/11/2016
6217	\$ 114.900	14686856	SOO96B	ROSALBA AMAYA PACHECO	7/11/2016
4877	\$ 229.800	15228423	DGS227	ADRIAN MARIA CUJIA JIMENEZ	4/07/2017
13535	\$ 8.056.500	163787245	YFO71D	KEVIN ADRES MENDOZA VERGARA	1/11/2017
15601	\$ 24.000	168512481	IWO389	JUDITH MARGARITA BARRIOS REYES	1/11/2017
16093	\$ 1.282.750	169402251	KHX56E	VICTOR ALEJANDRO ACUÑA MORALES	5/12/2017
18130	\$ 84.100	346487724	CEO07B	MIGUEL CHACON APONTE	10/01/2018
16969	\$ 265.400	177695081	RVM24C	DAGER ALFONSO RIVERA OSPINO	15/01/2018
20923	\$ 1.038.090	168218685	MTG04C	SERGIO LUIS VILLEGAS CAMPO	12/03/2018
20295	\$ 260.400	75006053	NOV15D	JORGE LUIS FRAGOZO ESPINEL	2/04/2018
20837	\$ 260.400	75603540	GMR20D	LUIS DAVID BAUTE QUINTERO	2/04/2018
21280	\$ 6.884.087	17511539	MIA93E	BRAYAN DAVID BERMUDEZ ORTIZ	3/04/2018
21759	\$ 1.680.500	17793586	DVE427	PAOLA ANDREA RAMIREZ LOPEZ	2/05/2018
22348	\$ 260.400	75009570	HNS32E	YAMELIS MEHSIELDIAZ DURAN	7/05/2018
23120	\$ 260.400	75067908	HPS79C	RANDY MIRANDA BARCASNEGRAS	15/06/2018
35740	\$ 276.038	70611481	gjw90b	DILAN ALFREDO SERPA BOBADILLA	6/08/2019
36728	\$ 276.038	76312671	EJG08A	LUIS CARLOS MARTÍNEZ GIL	16/09/2019
36923	\$ 276.038	726027289	HEX91C	LINA MARIA PARRA MEJIA	18/10/2019
39484	\$ 145.800	75433114	KFW340	KELVIN DAVID CAMPO CUELLO	21/01/2020
39787	\$ 276.038	77158200	DKC25D	BELKIS SOBEIDA VELILLA ESPAÑA	21/01/2020
40313	\$ 315.400	76790308	EKF32F	LUISA MARIA QUINTERO MMARTINEZ	13/02/2020
40484	\$ 292.600	77519629	HHS86F	YUSLEVINSON ROMERO OSPINA	13/02/2020
41071	\$ 292.600	766147631	STR05D	TANIA SOFIA BULLOS QUIROZ	20/02/2020

41864	\$ 12.297.850	76929009	ZWE54E	ROGER JAVIER MUÑOZ HERNANDEZ	4/05/2020
41869	\$ 646.455	77536133	CML215	YOMAR DANIEL CASTRO ARZUAGA	4/05/2020
41932	\$ 272.910	76026638	HPN06C	ORLEDIS LEONOR MIELES CASTRO	4/05/2020
42232	\$ 1.629.350	77701510	XFG37G	CAMILO ANDRES PATIÑO PEREZ	4/05/2020
41641	\$ 292.600	79291965	LZE34E	ANTONIO JOSE RAMIREZ JIMENEZ	6/05/2020
41848	\$ 292.600	76146894	CCP16E	JOSUE DANIEL MARIN DOMINGUEZ	21/05/2020
41933	\$ 265.710	76026638	HPN06C	IVAN RENE MARTINEZ ACOSTA	21/05/2020
41951	\$ 972.910	76291965	LZE34E	ANTONIO JOSE RAMIREZ JIMENEZ	21/05/2020
42041	\$ 292.600	76886161	UWR446	MARTA LILIA DEL RIO DUQUE	21/05/2020
42042	\$ 802.400	76886161	UWR446	MARTA LILIA DEL RIO DUQUE	21/05/2020
42145	\$ 1.869.960	78113160	KCF41F	BLADIMIR JOSE TORO RODRIGUEZ	21/05/2020
42028	\$ 292.600	76026638	HPN06C	IVAN RENE MARTINEZ ACOSTA	1/06/2020
42144	\$ 292.600	78113160	KCF41F	BLADIMIR JOSE TORO RODRIGUEZ	1/06/2020
42436	\$ 292.600	76633841	TBN29D	MARLIN CAROLINA MONTAÑO LAGOS	1/06/2020
42438	\$ 233.360	76633841	TBN29D	MARLIN CAROLINA MONTAÑO LAGOS	1/06/2020
42479	\$ 2.166.650	76487187	AJV11D	JANER ALFONSO VILLAFANA ALFARO	10/06/2020
42513	\$ 7.854.570	76978330	FSO38F	LEINER ELIAS RONDON LOPEZ	10/06/2020
42757	\$ 17.099.954	77542003	HEP43C	JUAN SEGUNDO NORIEGA MORALES	10/06/2020
42506	\$ 295.200	76042204	TQA75E	YESID RAFAEL POLANCO BARRETO	1/07/2020
42541	\$ 234.560	78131126	KCB63F	RICARO ANDRES JARAMILLO AMARIS	1/07/2020
42713	\$ 264.400	76450964	FSO28F	FERNANDO MIGUEL BARRIOS TORRADO	1/07/2020
42755	\$ 329.300	77436649	JJP08E	EDAGAR EDUARDO MORENO CHAMORRO	1/07/2020
42886	\$ 105.000	77340186	DKE67D	KEVIN ESNEIDER GARCIA LOPEZ	1/07/2020
43024	\$ 292.600	77848444	IVL93F	SOL NAYELIS BENAVIDEZ BLANCO	8/07/2020
43208	\$ 884.260	77182216	KNS51E	JOSE CARLOS DE LA HOZ OBREGON	22/07/2020
43249	\$ 393.700	77803722	DJZ35F	JHON JAIRO CORREA RINCON	22/07/2020
43285	\$ 218.260	77088642	MWA60D	FABIAN ALBERTOP PADILLA MONTAÑEZ	22/07/2020
43337	\$ 10.138.400	76507993	IYX72E	EVARISTO VEGA VIDES	22/07/2020
35424	\$ 271.600	76352891	XMP94C	ROSIRIS MARIA CONTRERAS JAAMAN	3/08/2020
43321	\$ 9.454.345	77168682	RGJ42G	JOSE LUIS SOCARRAS ARAUJO	3/08/2020
43434	\$ 217.600	78420573	BBI55E	SOLEDAD HINOJOSA FUENTES	3/08/2020
43499	\$ 2.537.485	77307962	LWG65D	RICARDO ANDRES CANEDO CAMARGO	3/08/2020
43557	\$ 3.320.600	76984796	KCW49C	HECTOR JOSE JIMENEZ MULFOR	3/08/2020
43666	\$ 20.800	76984796	KCW49C	HECTOR JOSE JIMENEZ MULFOR	3/08/2020
43788	\$ 252.500	77613418	FMG172	JOSE ARMANDO FONTALVO BERMUDEZ	3/08/2020
TOTAL	\$ 145.609.216				

**TERCERO.-** En consecuencia, **DECLARAR** que respecto de las facturas mencionadas en el numeral anterior, la demandada Compañía Mundial de Seguros S.A. adeuda a título de perjuicios la suma de \$145.609.216 m/cte que corresponden a la sumatoria de los servicios de salud que la demandante brindó a las personas víctimas de los accidentes de tránsito.

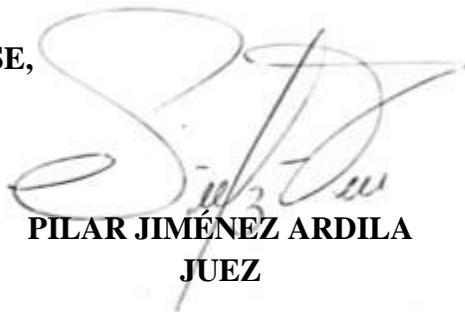
**CUARTO: RECONOCER** intereses moratorios solicitados respecto de las citadas facturas, contados a partir del día siguiente a la fecha de radicación de cada una de acuerdo a lo establecido en el numeral 4 del artículo 195 del Decreto 663 de 1993 y la parte considerativa de esta decisión.

**QUINTO: NEGAR** las pretensiones de la demanda respecto de las demás facturas o reclamaciones.

**SEXTO: NEGAR** la pretensión relativa al derecho de repetición por parte de la aseguradora demandada contra los tomadores de las pólizas, con base en lo dispuesto en la parte motiva de esta determinación.

**SEXTO: CONDENAR** en costas de esta instancia a la parte demandada reducidas en un 50% dada la prosperidad parcial de las excepciones. Fíjense como agencias en derecho la suma de \$5.000.000 que se encuentra ya reducidas. Por Secretaría liquídense.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**



**PILAR JIMÉNEZ ARDILA**  
**JUEZ**