



República de Colombia  
JUZGADO TREINTA CIVIL MUNICIPAL

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

Verbal: 2018-00386.

De: Fundación Hospital San Vicente de Paúl – Rionegro.

Contra: La Previsora S. A. Compañía de Seguros.

En aplicación a lo dispuesto en el numeral 5, del artículo 373 del Código General del Proceso, atendiendo lo dispuesto en audiencia surtida el pasado 22 de junio, estando dentro del término legal, procede el despacho a dictar la sentencia en el presente asunto, teniendo en cuenta los siguientes:

ANTECEDENTES

1.- La Fundación Hospital San Vicente de Paúl – Rio Negro, a través de apoderada, formuló demanda declarativa de menor cuantía contra La Previsora S. A. Compañía de Seguros, exigiendo que se declare que esta *«tiene la obligación legal de cancelar[le] el saldo adeudado por las facturas relacionadas en el hecho primero por concepto de servicios médicos y/o hospitalarios prestados a víctimas de daños corporales causados en accidentes de tránsito, aseguradas por la entidad demandada»* y, en consecuencia, se le condene al pago de *«\$44'966.234»*, más *«los intereses moratorios correspondientes a la tasa máxima legal desde el mes siguiente a la radicación de cada una de las facturas»*; o, subsidiariamente, se ordene la indexación o actualización monetaria de lo adeudado.

Para sustentar sus pretensiones relató, en compendio, que prestó servicios médicos, hospitalarios y quirúrgicos derivados de daños corporales en accidentes de tránsito, en favor de personas aseguradas por la entidad demandada con la póliza del SOAT, lo cual generó la emisión de 14 facturas que, a pesar de ser radicadas oportunamente, no fueron pagas.

2.- El libelo se admitió el 19 de septiembre de 2018 (f. 472) y el 23 de enero siguiente se notificó personalmente la aseguradora demandada, que contestó y formuló las excepciones que denominó «prescripción», «ausencia de cumplimiento de los requisitos legales para la presentación de solicitudes de pago de los servicios de salud con cargo a una póliza del SOAT», «cobro de lo no debido», «ausencia de soportes para acreditar el derecho al pago», «compensación y nulidad relativa» y la «genérica».

3.- En proveído de 4 de junio de 2019 se programó la audiencia que prevé el canon 372 del Código General del Proceso, y el 11 de septiembre posterior, como medida de saneamiento, se convocó a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, que, una vez intimada, guardó silencio.

Los días 10 de diciembre de 2020 y 6 de abril de 2021, se dio continuación a la vista pública, en la que se agotó la conciliación – que se declaró fracasada–, se escuchó en interrogatorio a la parte demandante, se ordenó a la convocada rendir informe sobre los hechos debatidos que a ella le conciernen; se efectuó control de legalidad, la fijación del litigio y el decreto y práctica de pruebas.

El 28 de mayo pasado se corrió traslado al informe que presentó la demandada y, el 22 de junio se escucharon los alegatos de conclusión y se dispuso emitir por escrito el fallo respectivo.

4.- Teniendo en cuenta los antecedentes relatados en precedencia, prosigue el Despacho a emitir la sentencia correspondiente.

### CONSIDERACIONES

1.- Los presupuestos procesales, entendidos como los requisitos necesarios para que el juez pueda entrar a pronunciarse sobre el asunto sometido a su consideración por la actora, confluyen en el *sub judice*, pues no hay duda en cuanto a la competencia del Juzgado, que se atribuye por la naturaleza de la pretensión y su cuantía así como por el domicilio de la demandada; la demanda se formuló con la observancia de las exigencias previstas en el artículo 82 y siguientes del Código General del Proceso; y las partes son capaces, actúan mediante apoderados judiciales; lo cual amerita una decisión de fondo.

2.- De cara a las pretensiones planteadas, el problema jurídico que se plantea en el presente asunto consiste en determinar si corresponde a la aseguradora demandada asumir el pago de las facturas por prestación de servicios medico hospitalarios, quirúrgicos especializados, derivados de atención a personas lesionadas en accidentes de tránsito que se hallaban aseguradas por dicha entidad.

3.- La Ley 100 de 1993 (*por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*), con el fin de cubrir las contingencias básicas ocurridas por accidentes de tránsito, dispuso en el párrafo 1 del artículo 167 que *«el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta Ley»*.

3.1.- Sobre el aludido Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, entre otras cosas, definió su obligatoriedad *–al señalar que todo vehículo automotor para transitar por el territorio nacional debe estar amparado por un seguro obligatorio vigente que cubra los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito–*; la normatividad aplicable *–el Estatuto y, en lo no previsto, por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio–*(art. 192); las coberturas *–entre ellas gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones–* (art. 193); la obligación en cabeza de las instituciones de la salud, de atender a las personas afectadas por accidentes de tránsito; y, la acción para el cobro y el término para que las aseguradoras paguen la indemnización correspondiente (art. 195).

3.2.- En punto de la atención médica a las víctimas de accidente de tránsito, que según el Artículo 2.6.1.4.2.1 del Decreto 780 de 2016 (*Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*) corresponde a *«[...] los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a 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», comprende:*

- 1. Atención inicial de urgencias y atención de urgencias.*
- 2. Atenciones ambulatorias intramurales.*
- 3. Atenciones con internación.*
- 4. Suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.*
- 5. Suministro de medicamentos.*
- 6. Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.*
- 7. Traslado asistencial de pacientes.*
- 8. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.*
- 9. Rehabilitación física.*
- 10. Rehabilitación mental [...].*

4.- De otro lado, el principio de la **necesidad de la prueba** le indica al juzgador el deber de tomar toda decisión judicial con apoyo en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso (artículo 164 del C. G. del P.), esto es, que los medios probatorios para poder ser valorados deben aportarse en los términos señalados de manera taxativa por el legislador, contrario sensu, su apreciación cercenaría el derecho de defensa y de contradicción de la contraparte;

Entretanto, el principio de la **carga de la prueba** (canon 167 *ibidem*) le impone a las partes la obligación de probar los supuestos de hecho en que se edifica la demanda, las excepciones, el incidente o el trámite especial, según el caso; o sea, que consiste en lo que a cada parte le asiste interés en probar, de modo que si el interesado en suministrarla no lo hace, o la allega imperfecta, se descuida o equivoca su papel de probador, necesariamente, ha de esperar un resultado adverso a sus pretensiones; claro está que como las

pruebas una vez allegadas son consideradas del proceso y no de las partes, las recaudadas por la actora sirven para demostrar los hechos en que se apoyan las defensas de la contraparte y viceversa.

5.- En el *sub lite* se tiene entonces, que la Fundación Hospital San Vicente de Paúl – Rionegro, conforme a la normatividad citada, tenía la obligación de prestarle a las personas que han sufrido accidentes de tránsito la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales y, en esa condición, alegó haber suministrado ese tipo de atención a Richar Augusto Massiri Cuadros, Juan Guillermo Martínez Dávila, Pedro Antonio Henao Londoño, Gladys Emilse Marín Salazar, Mauricio Gallego Atehortúa, Jesús Antonio Montoya Lopera, Jaider Carvajal Ayala, Pedro Antonio Henao Londoño, Mauricio Gallego Atehortúa, Ricardo Ángel Amariles Patiño, Julio Aníbal Espinosa Ayala, Jaider Carvajal Ayala, Jorge Antonio Hincapié Ospina y Héctor de Jesús Bedoya Osorio, quienes fueron afectados en siniestros viales donde estuvieron inmersos vehículos que, según su dicho, estaban amparados con el SOAT emitido por la entidad demandada.

Y, en razón de la prestación de tales servicios, emitió las facturas n.º 4800202368, 4800206495, 4800209551, 4800211430, 4800213771, 4800213892, 4800218017, 4800221538, 4800221652, 4800221872, 4800222519, 4800223188, 4800223231 y 4800225968, que allegó en copia acompañadas, en compendio, por formularios únicos de reclamación, detalles de prestaciones, certificados de atención, copia de la póliza del SOAT y de licencias de tránsito, historias clínicas y órdenes clínicas o de medicamentos; documentos que no

fueron tachados de falsos, ni desconocidos, por la parte pasiva, coligiéndose así, que el extremo actor acreditó, además de su condición de titular de la acción, es decir, su legitimidad en la causa por activa, el *onus probandi* sobre sus pretensiones, máxime si en este asunto, por erigirse sobre la vía del proceso declarativo, como lo ha precisado la jurisprudencia (CSJ, SC15032-2017, 22 sep. 2017) no hay lugar a analizar si las facturas reúnen o no los requisitos de los títulos valores y, por ende, de los títulos ejecutivos, o si están acompañadas de toda la documentación exigida para realizar el cobro formal (*descrita en el canon 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016*).

Así, entonces, le correspondía al extremo demandado demostrar cualquier hecho que le relevara del reclamo efectuado, *verbigracia*, la inexistencia de la obligación, o algún mecanismo extintivo (artículo 1625 del Código Civil).

6. Pues bien, la parte pasiva optó por plantear las defensas que denominó «*prescripción*», «*ausencia de cumplimiento de los requisitos legales para la presentación de solicitudes de pago de los servicios de salud con cargo a una póliza del SOAT*», «*cobro de lo no debido*», «*ausencia de soportes para acreditar el derecho al pago*», «*compensación y nulidad relativa*» y la «*genérica*», mismas que procederán a analizarse.

6.1. Sin perjuicio de lo que logre determinarse en punto de las defensas planteadas, delantadamente debe señalarse que las obligaciones que se pretendían acreditar con las facturas n.º 4800206495, 4800209551, 4800211430 y 4800213771, correspondiente a la prestación de los servicios de salud a Juan

Guillermo Martínez Dávila, Pedro Antonio Henao Londoño, Gladys Emilse Marín Salazar y Mauricio Gallego Atehortúa, se encuentran canceladas, pues, así lo confesó expresamente la representante legal de la IPS demandante en el interrogatorio de parte que le practicó la apoderada de la aseguradora convocada, cuya transcripción de los minutos 1:21:55 a 1:25:51 se pone de presente, para los precisos efectos:

*Pregunta: «Esto quiere decir que la factura [n.º 4800211430] a la fecha de hoy ya se encuentra totalmente paga». Contestó: «Sí, con saldo cero».*

*Pregunta: «Ahora si por favor puede indicar al despacho frente a la factura finalizada en 6495, cómo fue el valor, bueno, el valor principal de reclamación y si el pago [sic] a la fecha fue totalmente pago [...]». Contestó: «Esa factura 6495 tiene un valor inicial facturado de \$4'218.272 al momento de la demanda esa factura tenía un saldo de \$571.432 de los cuales en virtud de conciliación médica el hospital reconoció un valor de \$178.107 que fue aplicado el 29 de octubre de 2019 y la previsorora realizó un pago de \$393.325 el 13 de agosto de 2019 por lo tanto esa factura ya está en saldo cero».*

*Pregunta: «[...] Igualmente, la misma pregunta, referente a la factura que finaliza en 3761». Contestó: «Si esta factura tuvo un valor facturado inicialmente de \$790.600 y quedaba un saldo a la presentación de la demanda de \$395.300 el cual en virtud de conciliación médica fue reconocido por el hospital el 20 de abril de 2017, por lo tanto, la factura a la fecha también se encuentra en saldo cero».*

*Pregunta: «[...] Igualmente, la misma pregunta, para la factura finalizada en 9551». Contestó: «Esa factura se facturó [sic] una atención en salud por \$6'519.095 de los cuales la Previsorora realizó un pago y al momento de la demanda el saldo estaba en \$3'051.152 realizamos conciliación médica del cual el hospital reconoce un valor de \$732.824 el 18 de julio de 2018 y al otro día, o sea el 19 de julio de 2018, la previsorora realiza el pago del valor restante que son \$2'318.328, quedando en cero la factura».*

*Pregunta: «Es decir, si por favor indicas al despacho que las facturas finalizadas en 1430 6495 3771 y 9551 están pagas por parte de la entidad La Previsorora». Contestó: «Sí».*

Entonces, dada la extinción puesta de presente por la citada representante respecto de las obligaciones contenidas en los referidos documentos, por sustracción de materia no hay lugar a resolver sobre la declaratoria de existencia de los créditos reclamados que en ellos se incluyeron, y sobre las excepciones propuestas frente, máxime que en ese puntual sentido no se erigió ninguna defensa de fondo, amén que, según el inciso final del canon 281 del Código General del Proceso, *«[e]n la sentencia se tendrá en cuenta cualquier hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda, siempre que aparezca probado y que haya sido alegado por la parte interesada a más tardar en su alegato de conclusión o que la ley permita considerarlo de oficio»*; y, las manifestaciones de la representante legal que se erigen como confesiones, cumplen las condiciones expresadas en los cánones 191 y 194 *ejusdem*.

Pero, además, si bien la parte actora en la fijación del litigio enunció, que continuaba reclamando los intereses de mora respecto de estos títulos, tal manifestación no tiene la virtualidad de limitar la confesión de la citada representante, que indicó que las prestaciones económicas en esas documentales contenidas se hallaban canceladas; razón por la cual, no hay lugar a entrar a estudiar la procedencia del pago de los réditos por retardo, pues, itérase, al momento de la declaración no hizo salvedad alguna de que se hallaren pendientes de solución tales conceptos (art. 196 del C.G. del P. y 1653 y 1654 del C.C.).

6.2. Precisado lo anterior, procede el despacho a analizar los medios de defensa planteados frente a las obligaciones

correspondientes a la atención en salud descrita en las facturas 4800202368, 4800213892, 4800218017, 4800221538, 4800221652, 4800221872, 4800222519, 4800223188, 4800223231 y 4800225968.

Entonces, entra el despacho a determinar si los medios de defensa planteados tienen la virtualidad de infirmar las pretensiones, así:

6.2.1.- Excepción de prescripción: La fundó la parte convocada en el supuesto de que las obligaciones pretendidas se derivan de un contrato de seguro, toda vez que se busca afectar la póliza del SOAT de cada vehículo implicado en un accidente de tránsito, por lo que, es el canon 1081 del C. de Co. el que fija el lapso de prescripción en dos (2) años, contados a partir de la ocurrencia del siniestro, por lo cual en el *sub examine* operó el fenómeno extintivo de la totalidad de las obligaciones exigidas, pese a la suspensión que de ese término generó la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial.

A su turno, la demandante se opuso a su prosperidad aduciendo, que es otro el momento desde el que debe contarse el término de prescripción, pues, en su sentir, el artículo 195 del Decreto 633 de 1993 dispone que las aseguradoras tienen «*un mes*» para cancelar las facturas o cuentas de cobro presentadas, de modo que es después de ese lapso que empieza a correr el de prescripción. Asimismo, señaló, que le incoó a la demandada una solicitud el 23 de febrero de 2018, la que, según el canon 94 del Código General del Proceso, interrumpió la prescripción.

6.2.1.1. Para resolver la defensa, debe señalarse, que, según la dogmática jurídica, la prescripción es concebida como una institución capaz de crear dos diferentes efectos jurídicos a saber: una extinción o una adquisición, pero teniendo como común denominador el transcurso del tiempo establecido por la ley sin que se hubiere ejercido un actuar positivo sobre una cosa, un derecho o una acción.

Por supuesto, si el medio defensivo planteado por la aseguradora querellada lo asimila a extinguir la acción declarativa adelantada en punto de cada una de las obligaciones pretendidas que fueron incorporadas en las facturas anexas al expediente, se considera que el fenómeno que se busca materializar, por vía de excepción, corresponde a la extintiva a que alude el Libro IV, Título XLI, Capítulo III, del Código Civil. Con todo, bueno es destacar que este mecanismo de defensa tiene la particularidad de que debe ser alegado privativamente por la parte interesada y, por ende, no es potestad del funcionario judicial decretarlo oficiosamente (*artículos 2513 del Código Civil y 282 del Código General del Proceso*).

En torno al tiempo establecido para que proceda la figura extintiva invocada en el conflicto estudiado, cumple relieves que es el Decreto 780 de 2016 –*que compiló, entre varios, el Decreto 56 de 2015*– la norma aplicable al asunto que nos ocupa, comoquiera que lo pretendido es, puntualmente, el pago de unos servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito con cargo a la póliza del SOAT, el cual, en su artículo 2.6.1.4.4.1, precisa, que:

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

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

*[...] El pago por parte de dichas compañías, deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad [...].*

Por su parte, el canon 1081 del Código de Comercio evocado, establece, que:

*La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

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

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

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.*

De modo que, atendiendo la normatividad invocada, en el *sub lite*, el punto de partida del lapso de prescripción de las obligaciones

reclamadas lo determina la fecha en que cada uno de los pacientes egresó de la institución médica demandante, y corresponde al lapso de dos (2) años previsto para la «*prescripción ordinaria*», comoquiera que quien formula la acción judicial es precisamente la institución que prestó los servicios médicos, quien tuvo conocimiento de primera mano de los hechos que fundan la reclamación del contrato de seguro y de la existencia de este.

Luego entonces, no hay lugar a acoger en este sentido los planteamientos de la actora en punto del momento en que debe empezar a contarse el fenómeno extintivo.

6.2.1.2. Aclarado lo dicho, debe precisarse que tal figura puede verse afectada -*antes de consolidarse o aún después de ser tangible*- desde el punto de vista jurídico. Así, se habla de la suspensión, la interrupción (natural tácita o natural expresa y civil), o también cabe la hipótesis de la renuncia (expresa o tácita).

No huelga establecer, que la configuración de estas dos últimas ha de estar revestida por una situación fáctica que permita denotar, plenamente, su procedencia de un actuar directo de los sujetos pasivos de la relación obligacional por cuanto que, para dar pie a la ocurrencia de tales vías jurídicas, ha de evidenciarse, necesaria y privativamente, generación atribuible a actuar desplegado por tales personas.

Al respecto se debe destacar que la aludida suspensión se configura, según el canon 21 de la Ley 640 de 2001, por la radicación de la «*solicitud de la conciliación extrajudicial en derecho [...] hasta*

*que se logre el acuerdo conciliatorio o hasta que el acta de conciliación se haya registrado en los casos en que este trámite sea exigido por la ley o hasta que se expidan las constancias a que se refiere el artículo 2o. de la presente ley [constancia de no acuerdo, de no comparecencia o de asunto no conciliable] o hasta que se venza el término de tres (3) meses a que se refiere el artículo anterior, lo que ocurra primero».*

Y, en el asunto bajo estudio la radicación de la solicitud de conciliación extrajudicial, que ambas partes reconocen como acontecida, y que fue generada el 22 de marzo de 2018, según se denota en la «constancia de no acuerdo» visible en folio 2 surtió tales efectos hasta la práctica de la audiencia de conciliación en la que se emitió la constancia de no acuerdo (12 de abril de 2018), es decir, (por 22 días), evento que se tendrá en cuenta al momento de hacer el cómputo pertinente.

En torno de la interrupción, el canon 94 del Código General del Proceso expone dos eventos en que tal opera; el primero, con «*la presentación de la demanda [...] siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante*»; y el segundo, «*por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor*».

En el *sub lite*, a pesar de la actora afirmó haber efectuado un requerimiento privado a la demandada el 24 (sic) de febrero de 2018 y radicado el 23 de ese mes (*folios 537-538 – páginas 3 y 5 del pdf parte final c1*), debe decirse que no cualquier escrito ha de tenerse en cuenta para interrumpir la prescripción, porque esta importante consecuencia sustancial solo es factible de deducir de un

comunicado que en verdad configure un requerimiento para el pago con la enunciación clara y certera de que busca, además de que acontezca el cumplimiento de la obligación exigida, la interrupción de la prescripción, pues, es la única oportunidad que tiene para ello, por lo que otra interpretación del artículo en cita promovería que cualquier gestión de cobro –*incluso una temprana*- interrumpiera una prescripción que acabada de iniciar,

De forma que, sin duda, el escrito aludido, emitido por la parte actora contiene expresa es una intensión de carácter informativo, pues, en el pide que le indiquen el estado de las facturas, al punto de que enuncia que, si ya se pagaron, le envíen el comprobante de pago, y, en caso contrario, le señalen qué soporte o documento es el que le hace falta y por el cual no han pagado, denotándose que no tiene la vocación de interrumpir la prescripción, amén que ninguna advertencia en tal sentido le efectuó a su destinatario.

Sin embargo, no sucede lo mismo con la radicación de la demanda, dado que, como se puede ver en el expediente, **i)** el libelo fue admitido el 19 de septiembre de 2018, decisión notificada a la IPS demandante el día 20 posterior; y, **ii)** la parte convocada fue enterada de esa determinación dentro del año siguiente a que se admitió la demanda (el 23 de enero de 2019 como consta en el acta que para ese fin reposa en folio 476), de suerte que, se cumplen los presupuesto de la norma en cita, por lo cual, la radicación de esta, que ocurrió el **20 de abril de 2018** (f. 541), pudo eventualmente interrumpir la prescripción, desde luego respecto de aquellas obligaciones de las cuales no hubieran transcurrido los dos (2) años, como adelante se expondrá.

Y, finalmente, debe relievase, que a pesar de que en el interrogatorio efectuado a la representante legal de la actora, mencionó haberse presentado reuniones para «*conciliar*» la cartera pendiente de pago con la demandada, tales afirmaciones no tienen la virtualidad de demostrar que en esos encuentros la convocada haya efectuado declaraciones de reconocimiento de las obligaciones que conlleven la interrupción de la prescripción –*si no se había configurado*– o su renuncia en caso contrario.

Destácase, que los dichos de la parte convocante a más de que no aluden a los precisos temas tratados, los términos en que se desarrollaron y las fechas de estas, no se acompañaron de algún otro medio de persuasión que, analizados en conjunto logran llevar a la certeza de que la demandada sí reconoció las obligaciones y que ese comportamiento generó las consecuencias pretendidas.

6.2.1.3. Atendiendo las explicaciones precedentes, entra el despacho a analizar cada una las facturas aportadas y sus anexos, para determinar si operó el fenómeno extintivo, teniendo en cuenta para ese fin la data de egreso de los pacientes, y, se descontará, si hay lugar a ello, el lapso en que se presentó la suspensión generada por la solicitud y práctica de la audiencia de conciliación, y, se contrastarán con la fecha de radicación del libelo a fin de determinar si alcanzó o no a transcurrir el termino de los dos años necesario para la configuración de la señalada figura jurídica, así:

a) Factura n.º 4800202368, de 21/01/2016, paciente, Massiri Cuadros Richar Augusto.

Fecha egreso paciente: 13/01/2016.

Data de prescripción: 13/01/2018.

Suspensión por conciliación; de 22/03/2018 a 12/04/2018.

Radicación de la demanda: 20/04/2018.

En principio, frente a esta factura había operado la prescripción, porque al momento de la presentación de la demanda había transcurrido con suficiencia el bienio que la ley exige, al punto de que, incluso, para la data de la solicitud de la conciliación extrajudicial, ya había acaecido.

Sin embargo, se configuró la renuncia a dicho fenómeno, porque el 13 de marzo de 2018 la entidad demandada realizó un pago parcial por \$3718.600, quedando un saldo de \$172.935, según así lo manifestó en el interrogatorio de parte la representante legal del extremo actor, declaración que no fue puesta en tela de juicio, ni tal hecho fue refutado o negado, por su contraparte.

b) Factura n.º 4800213892, de 29/02/2016, paciente, Jesús Antonio Montoya Lopera.

Fecha egreso paciente: 29/02/2016.

Data de prescripción: 28/02/2018.

Suspensión por conciliación; de 22/03/2018 a 12/04/2018.

Radicación de la demanda: 20/04/2018.

**Operó la prescripción**, porque, con anterioridad a la solicitud de la conciliación extrajudicial y a la radicación del libelo introductorio, se completó el término de dos años en comento.

c) Factura n.º 4800218017, de 14/03/2016, paciente, Jaider Carvajal Ayala.

Fecha egreso paciente: 14/03/2016.

Data de prescripción: 14/03/2018.

Suspensión por conciliación; de 22/03/2018 a 12/04/2018.

Radicación de la demanda: 20/04/2018.

**Se configuró el fenómeno prescriptivo**, porque el término exigido para su ocurrencia se completó incluso antes de la formulación de la solicitud de conciliación extrajudicial y de la radicación del libelo introductorio.

d) Factura n.º 4800221538, de 29/03/2016, paciente, Pedro Antonio Henao Londoño.

Fecha egreso paciente: 22/03/2016.

Suspensión por conciliación; de 22/03/2018 a 12/04/2018.

Fecha de prescripción: 13/04/2018.

Radicación de la demanda: 20/04/2018.

**Operó la prescripción**, porque, si bien en la data en que acaecía dicha figura, se suspendió el lapso prescriptivo por la solicitud de la conciliación prejudicial, este se reanudó el 13 de abril de 2018, pero la demanda se radicó varios días después.

e) Factura n.º 4800221652, de 30/03/2016, paciente, Mauricio Gallego Atehortúa.

Fecha egreso paciente: 23/03/2016.

Suspensión por conciliación; de 22/03/2018 a 12/04/2018.

Fecha de prescripción: 14/04/2018.

Radicación de la demanda: 20/04/2018.

**Operó la prescripción**, porque, a pesar de que dos (2) día antes de acaecer el fenómeno extintivo, dicho término se suspendió por la solicitud de conciliación prejudicial, este se reanudó el 13 de abril de 2018, pero la demanda se radicó pasados seis (6) días.

f) Factura n.º 4800221872, de 30/03/2016, paciente, Ricardo Ángel Amariles Patiño.

Fecha egreso paciente: 28/03/2016.

Suspensión por conciliación; de 22/03/2018 a 12/04/2018.

Fecha de prescripción: 19/03/2018.

Radicación de la demanda: 20/04/2018.

**Se configuró la prescripción**, porque, si bien, faltando siete (7) días para su acaecimiento, el término extintivo se suspendió por virtud de la solicitud de conciliación prejudicial, se reanudó el día 13 de abril de 2018, pero la demanda se radicó un día después de haberse completado los dos (años) que la ley exige para tal fin.

g) Factura n.º 4800222519, de 1/04/2016, paciente, Julio Aníbal Espinosa Ayala.

Fecha egreso paciente: 1/04/2016.

Suspensión por conciliación; de 22/03/2018 a 12/04/2018.

Fecha de prescripción: 23/04/2018.

Radicación de la demanda: 20/04/2018.

**Se interrumpió judicialmente la prescripción**, porque, el término que en principio acaecía el 1 de abril de 2018, se suspendió con la solicitud de conciliación prejudicial formulada el 22 de marzo de esa anualidad; es decir faltando once (11) días para que se configurara, y se reanudó el 13 de abril de 2018; sin embargo, el libelo se presentó a reparto tres (3) días antes de completarse el bienio que la ley prevé para ese fin.

g) Factura n.º 4800223188, de 4/04/2016, paciente, Jaider Carvajal Ayala.

Fecha egreso paciente: 31/03/2016.

Suspensión por conciliación; de 22/03/2018 a 12/04/2018.

Fecha de prescripción: 22/04/2018.

Radicación de la demanda: 20/04/2018.

Se **interrumpió judicialmente la prescripción**, porque, faltando diez (10) días para que su configuración, el término prescriptivo se suspendió con la solicitud de conciliación prejudicial formulada el 22 de marzo de esa anualidad, y se reanudó el 13 de abril de 2018, pero la demanda fue radicada el día octavo posterior, es decir, antes de que se completaran los dos (años) que la ley consagra como presupuesto de ese fenómeno.

h) Factura n.º 4800223231, de 4/04/2016, paciente, Jorge Antonio Hincapié Ospina.

Fecha egreso paciente: 4/04/2016.

Suspensión por conciliación; de 22/03/2018 a 12/04/2018.

Fecha de prescripción: 26/04/2018.

Radicación de la demanda: 20/04/2018.

**La prescripción se interrumpió judicialmente**, porque dicho término se suspendió con la solicitud de conciliación prejudicial formulada el 22 de marzo de esa anualidad, faltando catorce (14) días para su configuración, y se reanudó el 13 de abril siguiente, pero la demanda fue radicada el día octavo posterior, es decir, antes de que completar los dos (años) que la ley exige para ese fin.

i) Factura n.º 4800225968, de 13/04/2016, paciente, Héctor de Jesús Bedoya Osorio.

Fecha egreso paciente: 13/04/2016.

Suspensión por conciliación; de 22/03/2018 a 12/04/2018.

Fecha de prescripción: 5/05/2018.

Radicación de la demanda: 20/04/2018.

**La prescripción se interrumpió judicialmente**, porque la solicitud de conciliación prejudicial formulada el 22 de marzo de esa anualidad suspendió el término extintivo, faltando veintitrés (23) días para su configuración, el cual se reanudó el 13 de abril siguiente, pero la demanda se radicó el día octavo posterior sin que alcanzara a completaran el bienio que la ley exige para ese fin.

En síntesis, respecto de las obligaciones incorporadas en las facturas 4800222519, 4800223188, 4800223231 y 4800225968,

tal fenómeno se interrumpió judicialmente con la presentación de la demanda; y, con relación a la factura 4800202368 la parte demandada renunció a dicha figura.

Sin embargo, frente a las obligaciones representadas en las facturas 4800213892, 4800218017, 4800221538, 4800221652, y 4800221872, bajo los postulados de la normatividad atrás citada y las reglas especiales del tema que nos ocupa, operó el mecanismo extintivo de la prescripción, por lo cual, se debe declarar probado el medio de defensa planteado frente a estas documentales.

6.2.2.- Excepciones de «ausencia del cumplimiento de los requisitos legales para la presentación de solicitudes de pago de los servicios de salud con cargo a una póliza del SOAT», «cobro de lo no debido» y «ausencia de soportes para acreditar el derecho a pago».

Estas defensas se analizan conjuntamente, toda vez que se hallan estructuradas sobre fundamentos similares, consistentes en se ratifican las glosas que interpusieron a cada una de las facturas, alegando, que no fueron subsanadas por la demandante, lo que impidió el pago.

Se relieva, que estas defensas se analizarán en torno de las facturas 4800202368, 4800222519, 4800223188, 4800223231 y 4800225968, dada la prosperidad parcial de la excepción de prescripción explicitada en el punto anterior y del pago reconocido respecto de las restantes.

6.2.2.1.- En punto de la factura 4800202368, emitida el 13 de enero de 2016, que refleja la atención en salud a Richar Augusto Massiri Cuadros, y por lo cual se reclama, puntualmente, honorarios (\$328.600), derechos de sala (\$387.900), derechos de materiales (\$228.000), insumos generales (\$181.440), prótesis y órtesis (\$4'894.048) y medicamentos (\$31.145), todo para un valor total de \$6'051.133; que se acompañó del formulario único de reclamación, el detalle de prestaciones, el certificado de atención con la firma del paciente, la copia del SOAT y de la licencia de tránsito, la historia clínica y las ordenes clínicas y de medicamentos (*páginas 55 a 122 del archivo 01; folios 29 a 62 vto.*) se advierte, que la documental anexa, que no fue ni tachada de falsa, ni desconocida su recepción por la parte pasiva, refleja la prestación en salud aludida, pues, allí consta que el día 13 de enero de 2016 (*de las 07:29:30 a las 20:36:08*) se le prestó atención ambulatoria a dicho paciente, quien sufrió por una fractura de codo y se le brindaron las prestaciones descritas en el folio 31, página 59 del archivo 01 digital, siniestro donde estuvo involucrada la motocicleta de placa PLA29D, propiedad de Rafael Augusto Bedoya Ospina, que estaba amparada por la póliza SOAT AT-1324-4037647-10-5, emitida por La Previsora S. A. Compañía de Seguros.

Asimismo, se demostró *–e incluso se reconoció por la parte demandante en su interrogatorio–* que la parte pasiva elevó una glosa porque no se aportó la *«factura original completamente diligenciada con todos los requisitos exigidos por la DIAN a nombre de la Previsora, con el NIT de la aseguradora // [la] epicrisis que cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011 [...] o la certificación médica expedida por el médico tratante, con la respectiva firma y número de registro, donde se identifique claramente al lesionado*

[...]// [y la] factura de compra de material osteosíntesis» (f. 44, páginas 85 y 86 del archivo 01) y que, a lo largo de las aludidas «conciliaciones» la parte pasiva ha efectuado pagos; es decir, ha eliminado glosas, aceptando la prestación de los servicios médicos; y que, a estas cotas, el saldo pendiente, de \$172.935, que no se cancela porque, según el dicho de la aseguradora demandada, hay unos «suministros cobrados» que «encuentran incluidos en materiales quirúrgicos que ya fueron reconocidos, por lo que se ratificó la objeción según artículo 55 Decreto 2423 de 1996» (ver el informe rendido por memorial radicado el 20 de abril anterior, archivo 11).

Con lo dicho, salta a la vista, que la objeción que ahora realiza la demandada –relativa a que hay unos suministros que, según el canon 55 del Decreto 2423 de 1996, están incluidos como materiales quirúrgicos- constituye per se un novel argumento, pues, itérese, la glosa elevada frente a este cobro, según se probó, se fundó únicamente en la ausencia de documentación (*epicrisis, factura original, factura de compra de material, etc*), amén de que en la contestación de la demanda insistió en que la «glosa» presentada se fundó en «la falta de documentación» (*ver folios 517 y 518; páginas 62 y 63 archivo 01.2*).

La norma invocada dispone, que:

Artículo 55. [...] Parágrafo 1. Los materiales de sutura y curación, definidos en el parágrafo 5 del Artículo 55 y los elementos de anestesia, tales como: tubos endotraqueales y de conexión, máscaras y catéteres intravasculares, que se utilicen en las intervenciones clasificadas en los grupos especiales 20 a 23, se pagarán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. Las drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, quedan incluidos en los derechos de sala; se exceptúan las drogas, medicamentos y soluciones que se consuman durante el acto quirúrgico en las intervenciones

cardiovasculares, clasificados en los grupos especiales 22 a 23 las cuales se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para la venta al público fijado por la autoridad competente.

*Parágrafo 2. En los procedimientos incruentos a que se refiere el Artículo 52 de esta (sic) Decreto por concepto de material de sutura y curación, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, cualesquiera sea el grupo en el que esté clasificado, o su tarifa, cuando se trate de un procedimiento del Capítulo IV, se reconocerá:*

*39305 Materiales de sutura y curación, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos 2.31 \$33,400.*

*[...] PARÁGRAFO 5. Los materiales de sutura y curación a que se refiere este artículo incluyen los siguientes elementos: algodón, aplicadores, apósitos compresas, mechas, gasas, torundas, cotonoides, cierres umbilicales, esponjas exceoti de silicón, gelatinas absorbibles, cera para huesos, esparadrapo, soluciones desinfectantes, vendajes, guantes, hojas de bisturí, catéteres peri craneales, equipos de venoclisis, buretras, agujas de cualquier clase, jeringas, llaves de dos o más vías, agrafes, sutura de cualquier tipo (catguts, absorbibles sintéticas, no absorbibles, tales como: sedas, nylon, poliéster, polipropileno, acero inoxidable, etc.).*

Luego, al corresponder este alegato a un asunto distinto al expuesto en la «glosa» que se acreditó en el plenario, la aseguradora convocada tenía la carga de demostrar que ello, en verdad, lo presentó a la IPS reclamante a título de «glosa» a la obligación exigida y que tiene el sustento que dice concederle el artículo que invoca; sin embargo, no aportó medio de persuasión alguno en tal sentido, ni menos, precisó a qué específicos suministros o medicamentos se refería, para que el despacho, un vez contrastados esos dichos con el contenido del canon transcrito, pudiera entrar a definir si esos suministros en verdad debían estar incluidos en «derechos de sala».

Por tanto, frente a esta factura debe declararse no probada la glosa y, por ende, la improsperidad de los medios de defensa

interpuestos; Consecuencialmente, se declarará la existencia de la obligación relativa a la atención médica del señor Richar Augusto Massiri Cuadros –por el saldo de \$172.935-, y se ordenará su pago a la demandada.

6.2.2.2.- Sobre la factura n.º 4800222519, emitida el 1 de abril de 2016, que refleja la atención en salud a Julio Aníbal Espinosa Ayala, y por medio de la cual se cobran, puntualmente, consultas (\$43.900), laboratorio (\$32.500), imagenología (\$163.800), estancia (\$1'482.500), honorarios (\$759.200), derechos de sala (\$645.300), derechos de materiales (\$361.300), insumos generales (\$83.833), prótesis y órtesis (\$3'807.307) y medicamentos (\$470.778), todo para un valor total de \$7'850.418; que se acompañó del formulario único de reclamación, el detalle de prestaciones, el certificado de atención con la firma del paciente, la copia del SOAT y de la licencia de tránsito, salida de materiales por reserva, un documento de envío de facturas, las historias clínicas de ingreso y de enfermería, los resultados de exámenes, y las ordenes clínicas y de medicamentos (páginas 708 a 785 del archivo 01; folios 355 vto. a 394) se advierte, que la documental anexa, que no fue tachada de falsa, ni desconocida su recepción por la parte pasiva, refleja la prestación en salud aludida.

Esto último, porque, allí consta que de los días 29 de marzo al 1 de abril de 2016 se le prestó a ese paciente una «atención médica especializada ambulatoria», se le practicaron unos exámenes, unas radiografías a sus extremidades y una cirugía para «extracción [de] cuerpo extraño de fémur», lo que conllevó a una hospitalización en «sala especial» y «habitación bipersonal», y a la utilización de derechos y materiales de sala, así como de elementos de «prótesis y órtesis»;

además de la generación de unos honorarios para el «anestesiólogo» y el «cirujano» y del suministro de determinados «medicamentos»; ello como resultado de la fractura «de la diáfisis del fémur izquierdo» con «complicación mecánica de otros dispositivos protésicos, implantes e injertos ortopédicos internos», que este sufrió al perder el control de la motocicleta que conducía de placas UQZ 02D, propiedad de Elsy del Socorro Isaza Ochoa, amparada por la póliza del SOAT AT-1324 1008004023212000 emitida por La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

Además, también quedó probado, que contra esa factura se emitieron unas glosas, por varios conceptos; dado que, aunque no se arrimó al expediente el documento preciso con el que se formularon, y la representante legal en el interrogatorio de parte efectuado insistió en que la única objeción era por una «interconsulta de fisioterapia»<sup>1</sup>, obra, en folios 396 a 397 vto., páginas 789 a 792 del archivo 01 digital, un escrito de «respuesta de glosas», emitido por la misma Fundación convocante y dirigido a la entidad demandada, en el que se dio respuesta a cada uno de los puntos que constituyeron una «glosa» sobre la mentada factura, escrito que,

---

<sup>1</sup> Al respecto, resáltese que, en el desarrollo de la audiencia de 6 de abril anterior, desde el minuto 1:02:00, se dijo que:

Representante legal del hospital: «Es más esa factura 2519 tiene una glosa es por una interconsulta de fisioterapia que ellos decían que estaba incluida en la estancia y nosotros no la aceptamos, porque pues es una especialidad, se factura aparte».

Juez: «Explíqueme eso doctora, ¿cómo así?».

Representante legal del hospital: «La factura 2519 fue por un valor total facturado de \$7'850.000 y nosotros demandamos simplemente el saldo, al momento de presentación de la demanda que fueron \$4'541.000 es ese saldo [...] lo que tiene una glosa ellos nos dicen que la interconsulta de fisioterapia que se facturó ya estaba incluida en la estancia, que no podíamos facturarla aparte, esa objeción no fue aceptada [...]»

permite evidenciar los motivos de la mentada objeción, aunado a que, de un lado, sobre la evocada «*interconsulta de fisiatría*» no se anexó escrito alguno; y, de otro, que en la contestación al libelo y en el informe rendido por la aseguradora fueron, los argumentos encontrados en el citado folio, en los que fundaron las defensas impetradas.

Entonces, acreditada la existencia de unas objeciones sobre la factura, conocidas y contestadas por el hospital, le correspondía entonces a la parte pasiva entrar a demostrar que los argumentos en que las fundó, de verdad, sustentan la falta de pago de los servicios médicos prestados a Julio Aníbal Espinosa Ayala.

Así, para efectos prácticos, se ponen de presente las glosas, su argumentación y su respuesta:

N.º	Elemento Glosado	Valor	Sustento	Respuesta Glosa
1	Interconsulta médica especializada (fisiatría)	\$ 6.434	Incluido en la estancia, según art. 40, parágrafos 1 y 2, Decreto 2423 de 1996.	No incluida en la estancia.
2	Cefazolina	\$ 144	Se liquidó de acuerdo a estancia.	Estancia justificada por estado clínico del paciente.
3	Tramadol	\$ 2.809	Se liquidó de acuerdo a estancia.	Estancia justificada por estado clínico del paciente.
4	Enoxaparina	\$ 16.779	Se liquidó de acuerdo a estancia.	Estancia justificada por estado clínico del paciente.
5	Sierra de gigli	\$ 59.926	Incluido en sala.	Insumo desechable, por lo tanto facturable, según art. 57 del Manual Tarifario
6	Adaptador yugular	\$ 1.825	Incluido en la estancia, según art. 40, parágrafos 1 y 2, Decreto 2423 de 1996.	Insumo desechable, por lo tanto facturable, según art. 57 del Manual Tarifario
7	Sala Especial	\$ 361.000	No se reconoce el día 29, sin justificación.	Paciente sometido a cirugía mayor, el ortopedista ordenó vigilar; es decir, fue criterio de médico tratante.
8	Rayos X de pelvis	\$ 42.700	No es pertinente de acuerdo a las lesiones sufridas.	Pertinente por lesión en femur, para descartar lesión sufrida en articulación proximal.
9	Proyección adicional stress	\$ 20.500	No es pertinente de acuerdo a las lesiones sufridas.	Pertinente por lesión en femur, para descartar lesión sufrida en articulación proximal.

N.º	Elemento Glosado	Valor	Sustento	Respuesta Glosa
10	Sodio Cloruro	\$ 3.183	Se liquidó de acuerdo a estancia.	Estancia justificada por estado clínico del paciente
11	Aguja desechable n.º 18	\$ 952	Se reconocieron jeringas con aguja.	Las jeringas no venían con aguja.
12	Equipo bomba de infusión	\$ 18.447	Incluido en la estancia, según arts. 55 y 56.	En el artículo 40 está definido que lo incluido son suministro de medicamentos tópica y oral, no <u>parenteral</u> .
13	Extensión corta macho hembra	\$ 3.152	Incluido en la estancia, según arts. 55 y 56.	Insumo desechable, por lo tanto facturable, según art. 57 del Manual Tarifario
14	Adaptador yugular	\$ 1.825	Incluido en la estancia, según art. 40, parágrafos 1 y 2, Decreto 2423 de 1996.	Insumo desechable, por lo tanto facturable, según art. 57 del Manual Tarifario
15	Clavo Femoral	\$ 2.335.032	No se evidencia factura de casa ortopédica.	Sin respuesta
16	Tapón proximal clavo	\$ 371.952	No se evidencia factura de casa ortopédica.	Se adjunta soporte de factura
17	Tornillo de titanio 5,0 x 50 mm	\$ 346.799	No se evidencia factura de casa ortopédica.	Se adjunta soporte de factura
18	Tornillo de titanio 5,0 x 55 mm	\$ 346.799	No se evidencia factura de casa ortopédica.	Se adjunta soporte de factura
19	Tornillo de titanio 5,0 x 60 mm	\$ 346.799	No se evidencia factura de casa ortopédica.	Se adjunta soporte de factura
20	Aguja desechable n.º 18	\$ 68	Se reconocieron jeringas con aguja.	Las jeringas no venían con aguja.
21	Aguja desechable n.º 18	\$ 680	Se reconocieron jeringas con aguja.	Las jeringas no venían con aguja.
TOTAL		\$ 4.287.805		

**a)** De la anterior transcripción se evidencia, que las glosas relacionadas en los numerales 2, 3, 4, 7, 8, 9 y 10 (*enumeración del despacho*) se fundaron en aspectos técnicos, pues se puso en tela de juicio la pertinencia de la atención médica que brindó la IPS demandante para la recuperación de la salud de Julio Aníbal Espinoza Ayala, al punto de que la entidad hospitalaria reclamante para justificar el cobro alegó que era viable por el estado clínico del señor; por lo que, frente a estos motivos de discordia, la aseguradora objetante tenía la carga de demostrar en el *sub examine*, que, en puridad, por razones médicas y según el estado de salud del

accidentado, no debía actuarse como lo hizo la IPS demandante, *verbi gratia* que el día 29 el paciente no tenía que estar en sala especial, sino en habitación personal o bipersonal (ver objeción n.º 7), o que no debían habersele practicado las radiografías que le fueron tomadas (ver objeciones 8.º y 9.º); empero, de cara a esto, la empresa demandada no arrió ningún elemento de prueba que diera sustento a los motivos de su inconformidad; es decir, no desvirtuó la necesidad o impertinencia de la atención médica prestada al referido usuario.

Por tanto, concluye el despacho, que la parte pasiva no cumplió con el *onus probandi* que le era menester para demostrar la razonabilidad de las glosas formuladas que el despacho identificó con los números 2, 3, 4, 7, 8, 9 y 10.

**b)** En torno a las glosas n.º 1, 5, 6, 12, 13 y 14, se observa que su sustento es de raigambre jurídica, por lo cual, al verificar el Decreto 2423 de 1996 «*Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones*», se tiene que:

\*-En relación con la interconsulta médica especializada de fisiatría, –glosa n.º 1-; los adaptadores yugulares, –glosas n.º 6 y 14-; el equipo bomba de infusión, –glosa n.º 12-; la extensión corta macho y hembra, –glosa n.º 13-, el artículo 40 de dicha norma, establece, que:

- La estancia en todos los casos comprende los siguientes servicios básicos:*
- a. Médico general hospitalario de piso*
  - b. Enfermera*
  - c. Auxiliar de enfermería*

- d. Dotación básica de elementos de enfermería
- e. Material de curación
- f. Alimentación adecuada al estado del paciente (excepto sustancias de nutrición enteral o parenteral)
- g. Suministro de ropa de cama
- h. Aseo
- i. Servicios públicos de energía eléctrica y agua
- j. Servicios y recursos de la Institución Prestadora de Servicio para comodidad del paciente (ascensores, calderas, llamado de enfermeras, teléfono local, aire acondicionado, etc.)

*Parágrafo 1. Se entiende como dotación básica de elementos de enfermería, aquella utilizada por este personal, durante la realización de actividades relacionadas con control de signos vitales, valoración de talla y peso, administración de medicamentos por vía tópica y oral, así como los elementos de protección personal necesarios para el manejo de pacientes aislados o de cuidado especial.*

*De este concepto se excluyen, los elementos y materiales utilizados en la administración de medicamentos por vía parenteral y la realización de limpieza y curación de heridas.*

*PARÁGRAFO 2. Por material de curación se entiende todos los suministros que se utilizan en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados. [...]*

Y, el artículo 57, señala, que:

*Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en el Parágrafo 5 del artículo 55, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. Así mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran*

*fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos específicos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este Decreto. (Subrayas propias).*

Entonces, del análisis de las normas en comento se encuentra, que la consulta del especialista en fisioterapia, así como los de que tratan las señaladas glosas, no están expresamente contemplados en la estancia. Incluso, para el «*equipo bomba de infusión*», tal como señaló el extremo actor, tiene que ver con el suministro de medicamento parenteral, ítem que claramente se excluyó.

Por tanto, no proceden las glosas n.º 1, 6, 13 y 14.

\*- Sobre la Sierra de Gigli, –*glosa n.º 5*-, el artículo 49 dispone, que «*en las intervenciones y procedimientos quirúrgicos cruentos, los derechos de sala de cirugía que comprenden: la dotación básica del quirófano, los equipos, sus accesorios e implementos, instrumental, ropa reutilizable o desechable, los servicios de enfermería, esterilización, instrumental, circulantes y recuperación hasta seis (6) horas se reconocerán según el grupo de clasificación de la intervención o procedimiento quirúrgico realizado así: [...]*»

Así, entonces, teniendo en cuenta que dicho elemento, según consulta de su definición efectuada en la página web [https://www.historiadelamedicina.org/Instrumentos/instrumento\\_397.html](https://www.historiadelamedicina.org/Instrumentos/instrumento_397.html), se trata de «*una sierra ideada por Leonardo Gigli, procedente de Florencia, Italia. Es una sierra de alambre con dos partes que permiten su agarre y un alambre cortante. Es un instrumento sencillo que corta a través del hueso. Se usa en cirugía para cortar hueso y en medicina forense*» (se destaca), se considera que hace parte de los elementos instrumentales incluidos en sala de cirugía. Por tanto, la glosa n.º 5 resulta próspera.

**c)** Frente a las glosas n.º 15 a 19, que se fundamentaron en la falta de evidencia de la factura de compra de esos elementos, el canon 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016, señala:

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

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

Conforme a dicha normativa, le correspondía a la Fundación demandante acreditar que subsanó esas glosas aportando la documentación respectiva, máxime si en la «*respuesta de glosas*» que acá se analiza, precisamente alegó que adjuntaba los soportes del caso.

Sin embargo, a lo largo de esta *litis* la IPS actora no allegó ningún medio de persuasión que demuestre que, en verdad contó con las facturas de adquisición de esos materiales y que las radicó a la entidad convocada, dado que los escritos visibles en folio 361 a 365, páginas 721 a 728 del archivo 01, no permiten colegir que correspondan a la compra de tales materiales, pues, no contienen mención en ese sentido.

De suerte que, las glosas 15 a 19 salen avantes.

d) Respecto de las glosas n.º 11, 20 y 21, relativas al cobro de unas jeringas de las cuales el hospital convocante señaló, que esos elementos «no vienen con aguja», reviste de claridad, que esta entidad tenía la carga de demostrar su dicho, es decir, acreditar que efectivamente carecían de ese elemento, lo cual justificaba que se adquirieran por separado; empero, no allegó ningún elemento demostrativo en tal sentido, denotándose así, que no cumplió con la carga de la prueba en ella pesante, por lo que debe declararse la prosperidad de las glosas n.º 11, 20 y 21.

e) A pesar de la prosperidad de las glosas n.º 5, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21, debe declararse, aunque parcialmente, la existencia de la obligación de pagar los conceptos de interconsulta médica especializada (fisiatría), fármacos (cefazolina, tramadol, enoxaparina), adaptadores yugulares, sala especial, rayos x de pelvis, proyección adicional stress, sodio cloruro, equipo bomba de infusión y extensión corta macho hembra, por la suma total de \$478.798, otrora incorporados en la factura n.º 4800222519 que corresponde a la prestación de los servicios de salud que la IPS demandante le prestó a Julio Aníbal Espinosa Ayala con cargo a la póliza del SOAT AT-1324 1008004023212000 expedida por La Previsora S.A. Compañía de Seguros, quien deberá asumir el pago de ese monto.

6.2.2.3.- Por la factura n.º 4800223188, emitida el 4 de abril de 2016, que refleja la atención en salud a Jaider Carvajal Ayala, y cobra, puntualmente, una consulta por \$39.800; que se acompañó del detalle de prestación, el formulario único de reclamación, el certificado de atención con la firma paciente, la copia del SOAT y de

la licencia de tránsito, el certificado de atención médica de otra IPS, la historia clínica y las ordenes de consultas (*páginas 798 a 814 del archivo 01; folios 400 vto. a 408 vto.*) se advierte, que la documental anexa, que no fue ni tachada de falsa, ni desconocida su recepción por la parte pasiva, refleja la prestación en salud aludida, pues, allí consta que el día 31 de marzo de 2017 (*a las 07:43:36*) se le prestó una «*consulta ambulatoria de medicina especializada*», por la neurocirujana Carolina María Gaviria Arroyave (dado que el accidentado, para la época del siniestro tenía «*12 años*», ver folio 407 vto, página 812 archivo 01), porque había sufrido un accidente de tránsito al colisionar con la motocicleta de placa BSX 39E, propiedad de Libia Palacio Usuga, que estaba amparada por la póliza del SOAT AT-1234-4050404-10-1, emitida por La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

Asimismo, se demostró con la «*liquidación de reclamaciones SOAT*» de 19 de mayo de 2016, emitida por la Subgerente Nacional de Indemnizaciones de la empresa demandada, visible en folio 411 y página 817 del archivo 01; y, con el informe presentado por la representante legal de tal aseguradora que se elevó una glosa contra esa reclamación fundada en que «*se logró establecer a través de auditoría interna que la moto que causa las lesiones al paciente es la identificada con placas SCX39R, la cual no se encontraba asegurada por la compañía; y la entidad presenta reclamación con la póliza del vehículo de placas BSX39E, el cual no estuvo involucrado en el accidente. Lo anterior, según lo manifestado por la madre del lesionado*»; sin embargo, el alegato realizado en la contestación a la demanda se edifica en el supuesto de que se objetó dicho título porque «*[el] procedimien[to] facturado no se encuentr[a] dentro de las coberturas establecidas en el artículo 112 del Decreto 19 de 2012*», pero no se acreditó

que estos noveles argumentos hubieren sido presentados a la reclamante por vía de glosa.

Así entonces, analizando el medio exceptivo de cara al motivo de glosa acreditado, consistente en que *–la motocicleta de placas que causó el accidente fue otra, de placa SCX 39R, y no la asegurada, de placa BSX 39E–*, se resalta, que este supuesto se quedó huérfano de prueba en el asunto *sub examine*, pues, la aseguradora convocada no asumió la carga demostrativa que le era menester, amén que, simplemente señaló que el descubrimiento en punto del vehículo responsable se generó por una *«auditoría interna»*, con el dicho de la madre del menor afectado, pero no anexó ningún medio de persuasión que diera sustento a dicho hallazgo.

Y, contrario a ello, revisados los documentos soportes de la reclamación efectuada por la parte actora, que no fueron desconocidos por su contraparte, se encuentra, que, desde el Formato Certificado de Atención Médica Para Víctimas de Accidentes de Tránsito emitido por la E. S. E. Hospital La Candelaria (f. 404, página 805 del archivo 01), documento de rango declarativo, al cual, le es aplicable lo precisado en el canon 262 del Código General del Proceso, que enuncia que *«[l]os documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar su contenido, salvo que la parte contraria solicite su ratificación»*, se precisó que la moto de placa BSX 39E estaba inmersa en la colisión, al punto de que, los documentos de ese rodante (*copias del SOAT, la licencia de tránsito; y la licencia de conducción y la cédula de ciudadanía de la propietaria*) fueron arrimadas como anexo a la reclamación.

Así las cosas, ante la falta de prueba que desvirtúe la documentación aportada por la IPS que prestó la atención en salud requerida por el paciente accidentado, no es factible acceder a la excepción impetrada. Consecuencialmente, se declarará la existencia de la obligación relativa a la atención médica de Jaider Carvajal Ayala, y se le ordenará a la entidad querellada asumir su pago.

6.2.2.4. En relación con la factura n.º 4800223231, emitida el 4 de abril de 2016, que refleja la atención en salud brindada a Jorge Antonio Hincapié Ospina, por Consultas (\$ 45.300), Laboratorio (\$ 37.200), Imagenología (\$ 149.200), Insumos generales (\$ 4.392) y Medicamentos (\$ 14.749), para un total de \$251.391, a la que se le anexó el formulario único de reclamación, el detalle de prestaciones, la copia del SOAT, la licencia de tránsito, las historias clínicas de ingreso y de enfermería, y las órdenes clínicas y de medicamentos (*ff. 420 vto. a 437, páginas 838 a 871 del archivo 01*), se observa, que la documental anexa, que no fue ni tachada de falsa, ni desconocida, refleja la prestación en salud aludida, pues, allí consta que el día 4 de abril de 2016 (*desde las 15:16:00 horas a las 19:54:07*) al señor Jorge Antonio Hincapié Ospina, por haber sufrido un accidente de tránsito al perder el control del rodante de placas MNZ 360 (*propiedad de María Gloria Mejía Correa*), se le prestó la consulta de urgencias, se le tomaron muestras de sangre y orina, radiografías en extremidades y tórax, se utilizaron, en su beneficio, insumos de almacén; y, se le suministraron algunos medicamentos (*ver detalles en folio 420 vto., página 838 del archivo 01*), por sus diagnósticos «S 202 Contusión del Tórax», «S 069 Traumatismo intracraneal no especificado», «S 501 Contusión de otras partes del antebrazo y de las no especificadas» y «S 369 Traumatismo de órgano

*intraabdominal no especificado», que fueron ordenados por el médico general «Martínez Mira Gustavo Alberto».*

Y, si bien la aseguradora convocada alegó, que insistía en su glosa, fundamentada en que faltaba una documentación (*epicrisis o certificación del médico tratante, con su respectiva firma y número de registro, donde se identifique claramente al lesionado por el cual están cobrando y que indique que las lesiones causadas fueron producto de un accidente de tránsito*), lo que, denótese da por sentado que reconoce haber recibido la factura en mención, lo cierto es que no demostró que haya radicado a la IPS reclamante esa glosa, pues el escrito que al efecto suscribió, visible en folios 488 y 489 (páginas 31 a 33, del archivo 01.2), no tiene sello o constancia de recibido de la IPS actora, entidad que, reliévese, fue enfática al negar su recepción; aunado al hecho de que, en el informe presentado por la representante legal de la convocada, ratificó, *«no [contar] con el soporte idóneo de la carta de notificación y guía, con la evidencia de recibido por parte de la entidad [demandante], con que fueron remitidas las objeciones para la fecha de la definición de estas».*

Así entonces, ante la ausencia de prueba de que la factura se glosó y de que tal le fue puesta en conocimiento a la demandante, sin que sean necesarias mayores elucubraciones, se determinará la improsperidad de las excepciones. Consecuencialmente, se declarará la existencia de la obligación allá contenida y se ordenará su pago a cargo de la aseguradora demandada.

6.2.2.5. Respecto de la factura n.º 4800225968, emitida el 13 de abril de 2016, que refleja la atención en salud brindada por la demandante a Héctor de Jesús Bedoya Osorio, puntualmente,

*«procedimientos diagnósticos imagenología»*, por valor de \$358.100, que se acompañó del formulario único de reclamación, la copia del SOAT, la licencia de tránsito y la historia clínica (*ff. 438 a 443, páginas 873 a 884 del archivo 01*), se denota, que la documental anexa, que no fue tachada de falsa, ni desconocida, refleja la prestación en salud aludida, pues, allí consta que el día 13 de abril de 2016 el señor Héctor de Jesús Bedoya Osorio, sufrió un accidente de tránsito al conducir la motocicleta de placa RJH 79A, por lo cual se le practicó un *«tac de cuello»*, por su diagnóstico de *«cervicalgia»*, que fue ordenado por el galeno *«Wilfer Vásquez Soto»* y practicado por la radióloga *«Astrid Arroyave Toro»*.

Y, aunque la empresa convocada alegó que insistía en su glosa, fundamentada en que faltaba una documentación (*epicrisis o certificación del médico tratante*), lo que, denótese da por sentado que reconoce haber recibido la factura en mención, lo cierto es que no demostró haber radicado a la reclamante esa glosa, pues, el escrito que al efecto elaboró, visible en folios 490 y 491 (páginas 35 y 36, del archivo 01.2), no tiene sello o constancia de recibido de la IPS actora, entidad que, relíevase, fue enfática en negar su radicación, aunado al hecho de que, en el informe presentado por la representante legal de la convocada, ratificó, *«no [contar] con el soporte idóneo de la carta de notificación y guía, con la evidencia de recibido por parte de la entidad [demandante], con que fueron remitidas las objeciones para la fecha de la definición de estas»*.

Así entonces, faltando prueba de que la factura se glosó y que tal se le comunicó a la demandante, sin que sean necesarias mayores elucubraciones, se dispondrá la improsperidad de las

defensas planteadas al respecto. Consecuencialmente, se declarará la existencia de la obligación allí contenida y se ordenará su pago a cargo de la aseguradora demandada.

7.2.2.3. Finalmente, en relación con los intereses de mora sobre las obligaciones otrora reclamadas a la empresa convocada, con las facturas n.º 4800202368, 4800222519, 4800223188, 4800223231 y 4800225968, debe ponerse de presente que el inciso final del canon 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, que regula esos réditos, señala:

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

Postura explicitada por la Corte Suprema de Justicia que, en un caso reciente, indicó:

*6.2. Habida cuenta de esa doble faceta del seguro de responsabilidad, se impone el análisis del fenómeno de la mora en el pago de la indemnización, según que su reclamación provenga de la víctima (beneficiario) y/o del asegurado.*

*6.2.1. Cuando es aquélla quien, en ejercicio de la acción directa que tiene contra la aseguradora, reclama a ésta el pago de los perjuicios que padeció como consecuencia del proceder del asegurado, debe diferenciarse si la reclamación es extrajudicial o judicial.*

*Lo primero acontece en el supuesto de que se dirija a la compañía aseguradora sin haber adelantado un proceso judicial y le solicite el pago de la indemnización, caso en el cual, como lo estatuye el ya citado artículo 1077*

del Código Comercio, está obligada a demostrarle la ocurrencia del siniestro y, además, los perjuicios que depreca.

Es del caso clarificar que, como dicho beneficiario, puede atender tales deberes en un solo momento o en varios, de hacerlo en fechas distintas, el mes contemplado en el artículo 1080 ibídem se contará sólo desde la última, en que haya completado las demostraciones a su cargo.

La segunda hipótesis se da cuando la víctima recurre o tiene que recurrir al órgano jurisdiccional, mediante la formulación de una demanda, en la que pretende que se imponga a la aseguradora la obligación de resarcirle los perjuicios que sufrió como consecuencia del daño que le infirió el asegurado, caso en el cual le corresponderá al juez que conozca del proceso, determinar, según las circunstancias, el momento en el que quedaron cabalmente satisfechas las exigencias del preinvocado artículo 1077. [...] (Subrayas fuera de texto, CSJ., SC1947-2021, 26 de mayo de 2021).

De suerte que, sí hay lugar a ordenar el pago de este tipo de réditos, pero desde que se vence el mes siguiente al momento en el cual la parte beneficiaria del monto pendiente de pago haya demostrado la ocurrencia del siniestro y la cifra que deben pagarle, lo que, aplicado al *sub lite* quiere decir que, desde la fecha en que el hospital presentó una reclamación que ya no debía ser objetada, y que entonces acreditaba el accidente y el monto a cubrir por cada póliza, tenía un mes la aseguradora para cancelarle lo pedido, y, vencido este, correspondía el pago de intereses de mora.

Tesis que, materializada para cada una de las reclamaciones objeto de este asunto, permite declarar, que:

\*- En punto de la factura n.º 4800202368, surge verídico que el 13 de marzo de 2018 se conciliaron unas objeciones, quedando solo el saldo que acá se ordena; y, como sobre ese monto pendiente,

no hubo objeción válida, debía la aseguradora cancelarlo en la última fecha en que hubo el aludido acercamiento con su contraparte; de forma que, al no haber procedido así, tiene que cubrir sobre el saldo los réditos de retardo desde el 13 de marzo de 2018 y hasta el pago total.

\*- Para la factura 4800222519, al declararse prósperas algunas de las glosas impetradas por la objetante, en esta decisión, no puede decirse que la institución de salud actora demostró entonces cuál era el monto adeudado, pues, relíevase, insistía en unos pagos a los que no tenía derecho, por lo que, sobre esta obligación no hay lugar al reconocimiento de interés hasta estas cotas causado, sino a partir de la notificación de la presente providencia.

\*- Por las facturas n.º 4800223188, 4800223231 y 4800225968, al quedar demostrado que la glosa alegada era infundada, en el caso de la primera; y, en torno a las segundas, que ni siquiera hubo objeciones, debían entonces cancelarse dentro del mes siguiente a la data en que fueron radicadas; de suerte que, al no actuarse así, debe la empresa censurada pagar los intereses de mora desde el 4 de mayo de 2016, para las cifras incorporadas en las facturas n.º 4800223188 y 4800223231, y a partir del 13 de mayo de 2016, para la n.º 4800225968.

8.- Sobre las excepciones de «*compensación y nulidad relativa*» y «*genérica*», las que se sustentaron llanamente en que se declaren siempre que resulten probadas, se relieva que no se encontraron circunstancias que, por esta vía y en tal sentido, merezcan ser declaradas.

## DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Treinta Civil Municipal de Bogotá D. C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley, **RESUELVE**

1.- DECLARAR probada la excepción de prescripción respecto de las obligaciones incorporadas en las facturas n.º 4800213892, 4800218017, 4800221538, 4800221652 y 4800221872.

2.- DECLARAR la cancelación total de las obligaciones contenidas en las facturas n.º 4800206495, 4800209551, 4800211430 y 4800213771.

3.- DECLARAR parcialmente probadas las excepciones denominadas «ausencia de cumplimiento de los requisitos legales para la presentación de solicitudes de pago de los servicios de salud con cargo a una póliza del SOAT», y «ausencia de soportes para acreditar el derecho al pago», únicamente respecto de la factura n.º 4800222519.

4.- DECLARAR la existencia de las siguientes obligaciones, en favor del Hospital demandante y a cargo de La Previsora S.A. Compañía de Seguros:

4.1.- \$172.935 representada en la factura n.º 4800202368.

4.2.- \$478.798 incluida en la factura n.º 4800222519

4.3.- \$39.800 contenida en la factura n.º 4800223188.

4.4.- \$251.391 incluida en la factura n.º 4800223231.

4.5.- \$358.100 soportada en la factura n.º 4800225968.

5.- ORDENAR que, dentro de los cinco días siguientes a la ejecutoria de esta sentencia, La Previsora S. A. Compañía de Seguros, le pague a la Fundación Hospital San Vicente de Paul, las sumas de dinero señaladas en el numeral anterior, más los intereses comerciales moratorios a la tasa fluctuante que certifique la superintendencia financiera, hasta que se cancele la obligación, así:

5.1. Sobre el monto del punto 4.1., desde el 13 de marzo de 2018.

5.2. Sobre el monto del punto 4.2., a partir de la notificación de esta providencia.

5.3. Sobre el monto del punto 4.3., desde el 4 de mayo de 2016.

5.4. Sobre el monto del punto 4.4., desde el 4 de mayo de 2016.

5.5. Sobre el monto del punto 4.5., desde el 13 de mayo de 2016.

6.- CONDENAR en costas a la parte pasiva en un 3%, dada la prosperidad parcial de los medios exceptivos propuestos. Por secretaría practíquese su liquidación e inclúyase como agencias en derecho la suma de \$300.000, que corresponde al porcentaje antes señalado (*Art. 5-1 Acuerdo n.º. PSAA16-10554 de 5 de agosto de 2016*).

7.- Cumplido lo anterior, archívese el expediente.

Notifíquese,

  
**Artemidoro Gualteros Miranda**  
Juez

JUZGADO 30 CIVIL MUNICIPAL  
SECRETARIA

Bogotá, D.C **8 de junio de 2021.**

En la fecha se notifica la presente providencia por anotación en estado electrónico n.º **080**, fijado a las **8:00 a.m.**

La secretaria:

Luz Ángela Rodríguez García

**Firmado Por:**

**ARTEMIDORO GUALTEROS MIRANDA**

**JUEZ**

**JUEZ - JUZGADO 030 MUNICIPAL CIVIL DE LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.-SANTAFE DE BOGOTA D.C.,**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **c5b35771e1817f9367055fd73a83cb3dc987fadd8b67a8bce1a73430e90edd8e**

Documento generado en 07/07/2021 09:42:35 PM