



NIT. 860.009.578-6

SEÑOR:

**JUEZ 4° CIVIL DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS
MÚLTIPLES DE NEIVA- HUILA**

E. S. D.

REF. 410014189004**20200029700**

Demandante: **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**

Demandado: **SEGUROS DEL ESTADO S.A**

JULIAN DAVID TRUJILLO MEDINA, mayor de edad, domiciliado en Neiva e identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 80.850.956 de Bogotá y Tarjeta Profesional No. 165.655 del Consejo Superior de la Judicatura,, obrando en calidad de Apoderado de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, por medio del presente escrito encontrándome dentro de la oportunidad legal, procedo a contestar la demanda, en los siguientes términos:

I. PRESENTACIÓN DEMANDADO

(num. 1, art. 96 CG del P).

La demandada es la sociedad comercial **SEGUROS DEL ESTADO SA**, creada conforme las leyes de la República de Colombia, e identificada con el NIT 860.009.578-6. Dicho ente encuentra su domicilio en la ciudad de Bogotá DC, en la Carrera 11 N° 90 - 20, y cuenta con el buzón electrónico juridico@segurosdeleestado.com

La sociedad anotada es representada legalmente por el ciudadano colombiano **HECTOR ARENAS CEBALLOS**, quien se identifica con la cédula N° 79.443.951 expedida en Bogotá y se encuentra en uso, goce y ejercicio pleno de sus derechos civiles y políticos; cuyo domicilio también se encuentra en la ciudad de Bogotá.

1

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA (num. 2, art. 96 del CG del P)

El hecho **primero** de la demanda: NO SE ADMITE.

De un lado, debe existir la póliza SOAT, como contrato previo para activar sus coberturas, de suerte que, en éste caso, de haberse prestado los servicios de salud que alude la demandante, SEGUROS DEL ESTADO SA, es obligado al pago siempre que se afecte la cobertura de una póliza SOAT que haya emitido.

De otro lado, el pago por los servicios que dijo prestar la demandante, está precedido de la presentación de una reclamación formal, empleando el formulario FURIPS, y, aportando cada uno de los requisitos (anexos) expuestos en la Ley y los reglamentos, para sentar dicha reclamación y así considerarla, pues, hasta tanto, será un mero aviso de siniestro.

A la postre, se verifica la reclamación que, entre otras, es pasible de ser objetada y glosada, cada uno de tales actos es gobernado por normas diferentes, pero impiden que la reclamación tenga mérito ejecutivo (art. 1053, C. CIO).

Y es que, no **puede olvidar Señoría que las facturas cambiarias son títulos causales**, es decir, provienen de un negocio jurídico previo, para el caso, la póliza SOAT.

El hecho **segundo** de la demanda: SE ADMITE, parcialmente.

SEGUROS DEL ESTADO SA, pagó 17 reclamaciones a la entidad demandante.

Del listado que reseña el hecho 2° de la demanda, se tiene, SEGUROS DEL ESTADO SA, contestó la reclamación (siniestro N° 46951/2018*5) que corresponde a la factura N° 182497, y le indicó a

la demandante que debía aportar los soportes legales para tal efecto, ello, de la siguiente manera:

NIT. 860.009.578-6

LIQUIDACIÓN SINIESTRO No. 46951/2018*5

Señores:

CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

Representante Legal

CALLE 18 # 6-65

Neiva, Huila

Siniestro: 46951/2018*5

Reclamante: CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

Factura: 182497

CC. ó NIT: 800110181

Póliza: 37067179

Fecha Siniestro: 06/01/2018

Victima: 1016600311 - CARRANZA AMAYA ANGEL SAMUEL

Nota: Favor citar el número de siniestro en caso de respuesta a glosas.

Respetados Señores (as)

Atendiendo a su solicitud de indemnización en virtud del contrato de seguros de daños corporales causados a las personas en Accidentes de Tránsito, de conformidad a las normas vigentes del Ministerio de Salud, que nos imponen aplicar los valores del Manual de Tarifas y procedimientos vigentes; así.

Los ítems de la factura que presentan glosa por parte de La Aseguradora, para la presente factura reclamada, se entienden no formalizados y corresponderá al reclamante beneficiario, presentar de acuerdo con las disposiciones legales, los argumentos y/o soportes necesarios para subsanar total o parcialmente las razones de glosa expuestas en esta liquidación, con el fin de formalizarse y ser resuelta por la Aseguradora.

COD	CONCEPTO	CANT	VALOR RECLAMO	VALOR LIQUIDADO	VALOR OBJECION	VALOR RECOBRO	RECHAZO
70011	Valor no identificado	1	\$8,465,804	\$0	\$8,465,804		3101 - SOPORTES - DETALLE DE CARGOS
		1	\$8,465,804	\$0	\$8,465,804		

Así, **cada una de las reclamaciones que se indican en éste hecho, recibieron glosa u objeción**, TODAS, porque la IPS demandante, deliberadamente omitió presentar los soportes, anexos que impone la Ley, o, en su defecto, cobró ítems que no eran procedentes.

Por tanto, cada una de las *facturas* que se aportó, fue objetada y carece de exigibilidad.

El hecho **tercero** de la demanda: NO SE ADMITE. El lugar de cumplimiento de la obligación *indemnizatoria* que no pago por los

servicios de salud prestados, en tanto, se afecta una póliza SOAT, es el lugar en que reside el demandado, es decir, el asegurador. Sin embargo, no replicaremos sobre la competencia territorial.

El hecho **cuarto** de la demanda: NO SE ADMITE.

Si la demandante no formaliza una reclamación, la póliza no presta mérito ejecutivo (art. 1053, C. de Cio). Si la reclamación es objetada, la póliza no presta mérito ejecutivo (art. 1053, C. de Cio). Si la reclamación es glosada, no presta mérito ejecutivo (art. 6, Res. 1915 de 2008, modificada por la Resolución 1136 de 2012, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social).

Conforme lo anterior, la obligación de pago nunca nació para SEGUROS DEL ESTADO SA, respecto de las reclamaciones que se presentan en éste caso.

4

El hecho **quinto** de la demanda: NO SE ADMITE.

La mora no puede presentarse, o existir, si la obligación de indemnizar no ha nacido (art. 1080, C. de Cio). En éste caso, la obligación de indemnizar en cabeza de SEGUROS DEL ESTADO SA, no nació, y, por lo mismo, no hay mora en el pago.

El hecho **sexto** de la demanda: ES CIERTO, siempre que se atienda lo indicado en la contestación al hecho anterior (5).

El hecho **séptimo** de la demanda: NO SE ADMITE.

Las facturas, para casos como el presente, no tienen el valor cambiario que se busca atribuirle por la demandante. Para los fines de la reclamación ante el asegurador, es un anexo obligatorio, para demostrar, como lo impone el artículo 1077 del C. de Cio., la cuantía del daño.

El hecho **octavo** de la demanda: ES CIERTO.

**III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA
DEMANDA**

(num. 2, art. 96 del CG del P)

A la **primera pretensión** de la demanda: Nos oponemos.

A la **segunda pretensión** de la demanda: Nos oponemos.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO
(num. 3, art. 96 del CG del P)

4.1. LAS RECLAMACIONES SON IRREGULARES – NEGOCIO JURÍDICO CAUSAL.

5

Señoría, el SOAT es un contrato de seguro (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, art. 192 y ss). Funciona como un seguro, es un seguro, se regula por las reglas de los seguros y, su afectación, no se hace con facturas, sino con reclamaciones, porque así lo dice la Ley que regula los seguros.

Sin embargo, tras leer el auto que resolvió el recurso de reposición contra la orden de apremio, nos vemos en la necesidad de acudir a una excepción cambiaria (art. 784, C. de Cio), consistente en el incumplimiento del negocio causal – CONTRATO DE SEGURO SOAT –.

En los antedichos términos, sea que lo quiera entender como un seguro o una factura, sepa señoría que las reclamaciones, **propias del negocio causal de las facturas**, no cumplen con los requisitos legales para ser atendidas.

Su señoría deberá verificar que las reclamaciones cumplan con los presupuestos formales previstos en los Decretos 780 de 2016, o, según la fecha del siniestro, los Decretos 056 de 2015, 967 de 2012 o 3990 de 2007.

Según tales normas, compendiadas en la Sección 3. Del Capítulo 4° de la Parte 6 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud N° 780 de 2016, los requisitos para que sea procedente la reclamación que elevó la IPS, son los siguientes:

Sección 3. Trámite para la presentación de la solicitud de pago de reclamaciones

Artículo 2.6.1.4.3.1 *Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad permanente. Para radicar la solicitud de indemnización por incapacidad permanente ocasionada por un accidente de tránsito, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado, la víctima o a quien este haya autorizado, deberá radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o su apoderado, según corresponda, los siguientes documentos:*

- 1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado.*
- 2. Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente de acuerdo a lo establecido en el artículo 142 del Decreto-ley 019 de 2012, en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.*
- 3. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito.*
- 4. Epicrisis o resumen clínico de atención expedido por el Prestador de Servicios de Salud y certificado emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, en el que conste que la persona atendida fue víctima de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas.*



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

5. Cuando la reclamación se presente ante el Fosyga, declaración por parte de la víctima en la que indique que no se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales y que no ha recibido pensión de invalidez o indemnización sustitutiva de la misma por parte del Sistema General de Pensiones.

6. Sentencia judicial ejecutoriada en la que se designe el curador, cuando la víctima requiera de curador o representante.

7. Copia del registro civil de la víctima, cuando esta sea menor de edad, en el que se demuestre el parentesco con el reclamante en primer grado de consanguinidad o sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador.

8. Poder en original mediante el cual la víctima autoriza a una persona natural para que presente la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad.

(Artículo 27 del Decreto 56 de 2015)

7

Artículo 2.6.1.4.3.2 Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por muerte y gastos funerarios. Para radicar la solicitud de indemnización por muerte y gastos funerarios de una víctima de accidente de tránsito, de un evento catastrófico de origen natural, de un evento terrorista o de otro evento aprobado, los beneficiarios deberán radicar ante la aseguradora o el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, según corresponda los siguientes documentos:

1. Formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, debidamente diligenciado.

2. Epicrisis o resumen clínico de atención, si la víctima de accidente de tránsito, fue atendida antes de su muerte.

3. Certificado emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, en el que conste que la persona atendida fue

víctima de un evento catastrófico de origen natural o de un evento terrorista.

4. Registro Civil de Defunción de la víctima.

5. Certificado de inspección técnica del cadáver o certificado emanado de la Fiscalía General de la Nación.

6. Copia del Registro Civil de Matrimonio cuando sea el cónyuge quien realice la reclamación o haga parte de los reclamantes, o acta de conciliación extraprocesal o escritura pública, en el caso de compañero (a) permanente donde hayan expresado su voluntad de formar una unión marital de hecho o sentencia judicial en donde se declare la unión marital de hecho.

7. Copia de los registros civiles de nacimiento cuando sean los hijos de la víctima los reclamantes o hagan parte de los mismos.

8. Copia del Registro Civil de Nacimiento de la víctima cuando sean los padres de la víctima los reclamantes.

8

9. Copia de los registros civiles de nacimiento de la víctima y sus hermanos cuando estos sean los reclamantes.

10. Copia del documento de identificación de los reclamantes.

11. Manifestación en la que se indique si existen o no otros beneficiarios con igual o mejor derecho que los reclamantes para acceder a la indemnización.

12. Sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador del menor (es) de edad, cuando estos sean los beneficiarios y quien reclama no es uno de sus ascendientes.

(Artículo 28 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3. *Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por gastos de transporte al centro asistencial. Para radicar la solicitud de indemnización de que trata el artículo 2.6.1.4.2.15 del presente decreto, los*

reclamantes deberán radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado. Dicho formulario deberá estar suscrito por la persona designada por la institución prestadora de servicios de salud, para el trámite de admisiones.

2. Copia de la cédula de ciudadanía del reclamante.

3. Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, copia de la factura.

(Artículo 29 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.4*Prohibición de solicitud de documentos adicionales. Ni el Fosyga, ni las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT podrán solicitar a los reclamantes documentos adicionales a los establecidos en el presente Capítulo ni en la resolución que emita el Ministerio de Salud y Protección Social para tramitar y pagar los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo.*

(Artículo 30 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.5*Contenido de la Epicrisis. Para los efectos del presente Capítulo la epicrisis debe contener como mínimo los siguientes datos:*

1. Primer nombre y primer apellido del paciente.

2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.

3. Servicio de ingreso.

4. Hora y fecha de ingreso.

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

20. *En caso que el paciente sea remitido a otra IPS, relación de la remisión.*

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

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

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

(Artículo 31 del Decreto 56 de 2015)

11

Artículo 2.6.1.4.3.6 *Contenido del resumen clínico de atención. Para los efectos del presente Capítulo el resumen clínico de atención se diligenciará para servicios de salud ambulatorios y debe contener como mínimo los siguientes datos:*

1. *Primer nombre y primer apellido del paciente.*
2. *Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.*
3. *Edad y sexo del paciente.*
4. *Servicio de ingreso.*
5. *Fecha de atención.*
6. *Motivo de consulta.*
7. *Enfermedad actual en donde debe indicarse:*

7.1. *La relación con el evento que originó la atención.*

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

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

9. *Antecedentes.*

10. *Examen físico.*

11. *Diagnóstico.*

12. *Plan de tratamiento.*

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

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

12

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

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

(Artículo 32 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.7 *Requisitos de la factura por prestación de servicios de salud o documento equivalente. La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de*

Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes.

(Artículo 33 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.8 *Obligación de emitir certificaciones de pólizas no expedidas. Las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, cuando identifiquen que la póliza con cargo a la cual una persona natural o jurídica reclama el reconocimiento de las indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, no fue expedida por la aseguradora, esta deberá emitir una certificación en tal sentido.*

(Artículo 34 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.9 *Censo de víctimas de eventos catastróficos de origen natural y de eventos terroristas. Dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la ocurrencia de un evento catastrófico de origen natural o de un evento terrorista, el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres del municipio en donde este ocurrió, elaborará un censo con la población que resultó víctima y lo remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto. El censo deberá especificar como mínimo, el nombre e identificación de la víctima y las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la ocurrencia del evento.*

La remisión del mencionado censo o de la certificación en la que conste que la víctima hace parte del censo, constituirá condición indispensable para la acreditación de la calidad de víctima y el consecuente pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo.

(Artículo 35 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.10. *Verificación de requisitos. Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo*

cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este capítulo y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.

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

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

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

Parágrafo 3°. Cuando un evento de los que trata el presente capítulo afecte a un grupo étnico que en razón de sus condiciones socioculturales manifieste la imposibilidad de acreditar los documentos de que tratan los artículos 2.6.1.4.2.20 a 2.6.1.4.3.3 de este acto administrativo, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces, en atención a dichas condiciones, podrá establecer los documentos equivalentes a

estos para la verificación de los requisitos previstos en el inciso primero del presente artículo.

Artículo 2.6.1.4.3.11 *Imposibilidad de recibir doble beneficio. En caso de que el beneficiario de las indemnizaciones a reconocer como consecuencia de un evento terrorista, haya recibido indemnización por muerte y gastos funerarios o por incapacidad, por parte de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, el valor reconocido por dicha entidad se descontará de la indemnización a reconocer por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y se pagará la diferencia, con el propósito de evitar que se genere un doble pago por el mismo hecho.*

Para el reconocimiento de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT, el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, con el objeto de evitar dobles pagos, deberán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas a cada una con aquellas disponibles sobre pagos ya efectuados por el mismo concepto.

(Artículo 37 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.12 *Término para resolver y pagar las reclamaciones. Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente Capítulo, se auditarán integralmente dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre de cada periodo de radicación, los cuales serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.*

Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, el Ministerio de Salud y Protección Social comunicará la totalidad de ellas al reclamante, quien deberá subsanarlas u objetarlas, dentro de los dos (2) meses siguientes a la comunicación de su imposición. Si transcurrido dicho término no se recibe información por parte del reclamante, se entenderá que aceptó la glosa impuesta.

El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.

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 moratoria igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

(Artículo 38 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.13 *Adopción de requisitos y condiciones. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará los requisitos, criterios y condiciones para la presentación de las reclamaciones, la realización de la auditoría integral y el pago de las mismas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga.*

(Artículo 39 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.14 *Repetición. Se podrá repetir el pago realizado a las víctimas de accidentes de tránsito, así:*

1. Las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, podrán repetir en acción judicial contra la Subcuenta ECAT del Fosyga, el valor de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos cancelados a la víctima o a los beneficiarios, cuando judicialmente se demuestre que la póliza que ampara el vehículo que ocasionó el accidente de tránsito, es falsa.

2. Las compañías aseguradoras podrán repetir contra el tomador del seguro por cualquier suma que hayan pagado como

indemnización, cuando quien esté conduciendo el vehículo en el momento del accidente haya actuado con autorización del tomador y con dolo, culpa grave o dentro de aquellas circunstancias en que el seguro adolece de vicios o defectos coetáneos a su contratación, de conformidad con lo establecido en el numeral 4 del artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

3. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, podrá repetir contra la compañía aseguradora autorizada para expedir el SOAT, cuando con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga se hayan pagado servicios de salud, indemnizaciones y gastos a las víctimas de accidentes de tránsito, y se compruebe que él o cualquiera de los vehículos involucrados en el accidente de tránsito estaban amparados por una póliza SOAT a la fecha de ocurrencia del mismo.

4. Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) que reconozcan y paguen servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, originados en accidentes de tránsito, podrán repetir contra las compañías de seguros cuando los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo no fueron pagadas con cargo a la póliza SOAT legal y vigente al momento del accidente. Para tales efectos, las aseguradoras deberán manejar mecanismos que permitan el cruce de información que impidan la duplicidad de pagos por los mismos conceptos.

Parágrafo. *De conformidad con lo previsto en el artículo 1668 del Código Civil, el Fosyga se entiende subrogado en los derechos de quien hubiere recibido cualquier suma de la Subcuenta ECAT de dicho Fondo por concepto de pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, con ocasión del incumplimiento del propietario del vehículo de la obligación de adquirir el SOAT. No obstante, la persona que conducía el vehículo no asegurado al momento del accidente, será solidaria por todo concepto de responsabilidad que le asista al propietario del vehículo por cuenta del incumplimiento de la obligación de adquirir el SOAT. En estos casos, el Fosyga adelantará las acciones pertinentes contra el propietario del vehículo para la fecha del accidente, encaminadas a recuperar las*

sumas que haya pagado por los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo y contra el conductor si lo estima pertinente.

(Artículo 40 del Decreto 56 de 2015)

Sección 4. Otras condiciones generales del SOAT

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

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

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

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

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

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

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.

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

3. Inoponibilidad de excepciones a los beneficiarios. A las víctimas de los accidentes de tránsito, a los beneficiarios o a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción o transacción.

4. Subordinación de la entrega de la póliza al pago de la prima. La entrega de la póliza del SOAT al tomador estará condicionada al previo pago de la prima, excepto cuando se encuentre a cargo de entidades de derecho público. La compañía de seguros deberá entregar al tomador las condiciones generales y el correspondiente certificado de seguro.

5. Irrevocabilidad. La póliza del SOAT no podrá ser revocada por ninguna de las partes intervinientes.

6. Cambio de utilización de vehículo y de cilindraje. El tomador de la póliza del SOAT deberá notificar por escrito a la compañía de seguros, el cambio en la utilización del vehículo y las variaciones



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

de su cilindraje. La notificación deberá hacerse a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del cambio, evento en el cual, la compañía de seguros y el tomador, exigirán el reajuste o la devolución a que hubiere lugar en el valor de la prima.

7. Transferencia del vehículo. La transferencia de la propiedad del vehículo descrito en la póliza, no generará la terminación del contrato de seguro, el cual seguirá vigente hasta su expiración. No obstante, el nuevo propietario deberá informar por escrito de tal situación a la respectiva aseguradora, dentro de los diez (10) días siguientes a la transferencia de dominio, con el objeto de que esta realice el cambio de la póliza y actualice sus sistemas de información.

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

9. Exclusiones. Salvo las excepciones previstas en este Capítulo, el SOAT no estará sujeto a exclusión alguna y por ende, amparará todos los eventos y circunstancias bajo las cuales se produzca un accidente de tránsito.

(Artículo 41 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.4.2 *Transitorio. A partir del 14 de enero de 2015, cuando un prestador de servicios de salud reclame ante una compañía aseguradora el pago de los servicios de salud brindados con anterioridad al 10 de mayo de 2012 a una víctima de accidente de tránsito, se entenderá agotada la cobertura de la póliza SOAT cuando:*

a) Se hayan pagado en su integridad los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes;

b) Luego de surtido el proceso establecido para adelantar la reclamación ante las compañías aseguradoras, quede un saldo

20



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

por pagar igual o inferior a cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes, por encontrarse pendiente de decisión sobre la procedencia o no de la(s) glosa(s) aplicada(s) por la compañía aseguradora.

Las compañías aseguradoras, emitirán el certificado de agotamiento de cobertura indicando el pago integral de los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes o el valor pagado y el valor glosado, cuando este último no supere los cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes.

Parágrafo 1°. *El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el procedimiento a seguir y la documentación requerida para que los Prestadores de Servicios de Salud tramiten una reclamación ante el Fosyga, cuando el agotamiento de la cobertura se haya presentado en los casos previstos en el literal b) del presente artículo. Los reclamantes autorizarán al Ministerio de Salud y Protección Social o a quien este delegue, el descuento del valor no pagado y glosado por parte de las compañías aseguradoras, de aquellas sumas que resultaren a su favor producto de la reclamación ante el Fosyga.*

Parágrafo 2°. *Las compañías aseguradoras deberán indicar en la certificación, las facturas presentadas por las entidades reclamantes y el monto glosado o el(los) ítem(s) objeto de glosa.*

Parágrafo 3°. *Lo previsto en el presente artículo no constituirá una renuncia de los derechos de los prestadores de servicios de salud frente a la aseguradora responsable del reconocimiento y pago de la cobertura correspondiente.*

Parágrafo 4. *Lo dispuesto en el presente artículo también aplicará a aquellas reclamaciones que al 14 de enero de 2015 se encuentren en trámite en la compañía aseguradora o hayan sido objeto de glosa y la misma esté pendiente de decisión.*

(Artículo 42 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.4.3 *Reporte de información. Las compañías aseguradoras que expidan el seguro de daños corporales*

causados a las personas en accidentes de tránsito - SOAT, adicional a la información que deben suministrar en su condición de sujetos de vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, deberán reportar a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, la información de pólizas expedidas y siniestros pagados, en los formatos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

De igual modo, la Subcuenta ECAT del Fosyga, reportará a través de las entidades que designen las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, la información relacionada con las reclamaciones canceladas respecto de vehículos no asegurados.

Los prestadores de servicios de salud que suministren los servicios de salud de que trata este Capítulo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la atención, deberán informar de ello a la Entidad Promotora de Salud (EPS) y a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliada la víctima, y a la compañía aseguradora autorizada para operar el SOAT.

(Artículo 43 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.4.4 *Destinación de los recursos del SOAT para prevención vial. De conformidad con lo establecido en el inciso 2° del artículo 7° de la Ley 1702 de 2013, las entidades aseguradoras girarán el tres por ciento (3%) de las primas que anualmente se recauden al Fondo Nacional de Seguridad Vial, en los términos y condiciones que para el efecto establezca el Gobierno nacional.*

(Artículo 44 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.4.5 *Formatos. Hasta tanto sean adoptados los nuevos formatos y formularios por parte de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de*

Salud y Protección Social, se continuarán utilizando los formatos y formularios vigentes al 14 de enero de 2015.

(Artículo 45 del Decreto 56 de 2015)

Dichos requisitos no se cumplieron por la IPS, al presentar las reclamaciones que arguye (art. 1053 y 1077 del C. de Cio.).

Notará Su Señoría que las reclamaciones que se han puesto de presente en éste caso carecen del cumplimiento de los requisitos formales para ser atendidas, y, por lo mismo, han de tenerse como no presentadas.

A su turno, las reclamaciones omiten los requisitos sustanciales de los actos en que se soportan. Por ejemplo, los relacionados en la Resolución 3047 de 2008 (modificada por la Resolución 0416 de 2009 y 4331 de 2012) según la cual, cada reclamación debe cumplir con un anexo técnico que **ordena** aportar un comprobante de recibo del usuario del servicio de salud, el cual tampoco se aportó. A su turno, incumplen las *historias de epicrisis*, con la normatividad atinente a la elaboración de historias clínicas y, de suyo, las reglas administrativas para la atención de emergencias, por ejemplo, no señalan los datos del primer respondiente, es decir, carecen de validez.

En el mismo sentido, se dejaron de cumplir por parte del prestador las reglas previstas en la Resolución 5596 de 2015, en consonancia con la Resolución 926 del año 2017, ambas, emitidas por el Ministerio de Salud.

4.2. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA:

SEGUROS DEL ESTADO S.A. Es una compañía que hace parte del sector financiero nacional, que entre los servicios que presta, se encuentra el de celebrar contratos de Seguros, conforme lo regula el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero Colombiano (Decreto N° 663 de 1993) y el Decreto 913

de 1993 y de igual forma participar del ramo de los accidentes de tránsito bajo las pólizas de Seguro Obligatorias para Accidentes de Tránsito, SOAT.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., en desarrollo de su objeto social, expide unas pólizas SOAT, cuyas condiciones generales y particulares están regidas por la ley, donde la voluntad contractual y el deseo de una de las partes, bien sea tomador, asegurado, beneficiario o prestador de servicio, no tiene validez alguna, debido a que por estar involucrados recursos destinados a atender la seguridad social en salud, toda actuación está reglada y vigilada por los entes de control; así las cosas y como quiera que Ley 100 de 1993, creó el Régimen de Seguridad Social en Colombia, en el que todo ciudadano, en calidad de afiliado, bien sea como cotizante o beneficiario, se sirva del servicio público esencial de salud, mediante el “Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS”.

De igual forma el artículo 218 de la Ley 100 de 1993, creó el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sector Salud-FOSYGA, Fondo-Cuenta, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, manejado por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, con el propósito de administrar los recursos del SGSSS, que tienen destinación definida de conformidad con los preceptos consagrados en la ley y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política que garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. Una de las funciones del Fosyga, era que con cargo a su presupuesto, atender a los ciudadanos afectados en siniestros de tránsito, donde no se podían afectar las pólizas SOAT, en consideración a que el o los vehículos involucrados en el accidente no contaban con dicho seguro o en caso de existir los denominados “carros fantasma”, etc. La Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, mediante el artículo 66, crea la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES por sus iniciales), para que a partir del 1° de agosto de 2017, asuma las funciones que venían siendo desempeñadas por el FOSYGA, en el que su Objeto Social es el de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías

para el Sector Salud (FONSAET), los recursos que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad y sus Funciones son las de administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto la Ley.

Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitalización y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud. Realizar los pagos, efectuar giros directos, a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos. Desarrollar los mecanismos establecidos en los artículos 41 del Decreto Ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013. Administrar la información propia de sus operaciones.

25

Según el artículo 3° del Decreto 1429 de 2.016, ADRES tendrá las siguientes funciones:

- “1. Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015 y las demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan.*
- 2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7o de la Ley 1608 de 2013.*
- 3. Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitalización y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno*

nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias.

4. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos, y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.

5. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que aseguren el buen uso y control de los recursos.

6. Desarrollar los mecanismos establecidos en los artículos 41 del Decreto-ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013.

7. Administrar la información propia de sus operaciones, de acuerdo con la reglamentación expedida para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos señalados en las Leyes 100 de 1993 y 1438 de 2011 y en el Decreto-ley 4107 de 2011 y las demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan.

8. Adoptar y proponer los mecanismos que se requieran para proteger los recursos que administra la Entidad, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos, sin perjuicio de las directrices que imparta para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social y la Junta Directiva.

9. Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.”

Conforme con estos antecedentes, debemos mencionar que SEGUROS DEL ESTADO S.A., de acuerdo con lo reglado en la norma y con fundamento en las investigaciones realizadas por la firma GLOBAL RED LTDA. y MCLARENS., objetó los servicios cuyo cobro procura la demandante, por cuanto los mismos fueron supuestamente prestados, cuando no existían pólizas SOAT que amparaban al o a los rodantes siniestrados; por no ser un accidente de tránsito; etc., lo cual determina que tal demanda debió ser dirigida contra el ADRES y no en contra de mi mandante, en atención a que es claro que los recursos por ella administrados, están destinados a atender dichas contingencias.

4.3. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA:

Como desarrollo de la anterior excepción, se hace necesario exponer que la demandante, no tiene interés o legitimación para requerir a SEGUROS DEL ESTADO S.A., el pago de los rubros reclamados, debido a que los mismos deberán cobrarse al ADRES.

4.4. FALTA DE PRUEBAS SOBRE EL MONTO DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS:

Como se ha advertido a lo largo de este escrito, las pretensiones de la parte actora no guardan íntima relación con la realidad de los hechos, debido a que como primera medida, dentro del plenario no existe prueba que determine que los servicios fueron prestados.

27

Su Señoría, al ser este tema árido, complejo y técnico, debo indicarle que las reclamaciones presentadas para el pago de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, que afecten pólizas SOAT, deben constar en sendos documentos, y estos, cumplir con unos requisitos dispuestos por el legislador para proteger los recursos destinados a la prestación de la seguridad social en salud.

Amén de lo anterior, se debe hacer un análisis de los documentos allegados por la actora a su despacho, como base de demostración de la responsabilidad contractual en el que haya incurrido mi mandante, en donde observará con claridad que las “facturas”, a la luz de lo dispuesto en la norma, doctrina y jurisprudencia civil – comercial, no cumple con las calidades dispuestas y asimismo, conforme con la norma especialísima que regula la materia de cobros de servicio de salud, no pueden ser siquiera valoradas, toda vez que se hace necesario aportar entidad deudora una serie de documentos y requisitos dentro de los cuales se encuentra, el informe de tránsito, la epicrisis, historia clínica, y una FACTURA en la cual se indique

cuáles son los montos a cobrar, con el fin de demostrar la existencia del siniestro y su cuantía; debidamente suscrita por la víctima y el asegurado.

Las reclamaciones se encuentran sujetas a condiciones impuestas por la ley 4747 de 2001 y el Decreto 3990 de 2007 Art. 4 (vigente para accidentes ocurridos antes del 2015) y el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de 2016) y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016), en los cuales se señalan los requisitos y documentos que se deben allegar para solicitar el pago de las cuentas por gastos médicos y es claro que dentro del presente proceso la condición no ha sido cumplida por la demandante, además es claro que la factura por sí sola no prueba el derecho reclamado ya que esta simplemente hace parte de los requisitos para presentar la reclamación conforme al artículo 26 del Decreto 056 de 2015

“Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos: 1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada. 2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito: 2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto. 2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. 3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos

de origen natural o de eventos terroristas:3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del presente decreto.5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.”

En virtud a que las facturas base del proceso, derivan de la atención medica prestada a personas que sufren accidentes y que se encuentran asegurados con póliza de seguro expedidas por la demandada y conforme a las normas específicas que rigen la materia, es obligación de la demandante aportar los documentos que prueben la ocurrencia del siniestro, la cuantía, la prestación de los servicios cobrados y que estos están a cargo de la demandada con base en las coberturas de la póliza contratada, razones por las cuales, es que no basta con la simple creación del título sino que este debe ir acompañado con los documentos y requisitos que para tal caso exige ley.

En punto de lo anterior es claro que para el caso concreto la factura no es un documento autónomo con el cual se pueda demostrar el derecho pretendido, ya que simplemente hace parte de los requisitos para presentar la reclamación por gastos médicos y que si no se aportan los demás documentos exigidos en el artículo transcrito o estos no son idóneos, la reclamación no cumple con las exigencias legales, de acuerdo con lo anterior es claro que es de competencia de la demandante demostrar haber presentado la reclamación con los requisitos legales ante la compañía aseguradora, con el fin de demostrar el derecho, ya que resulta evidente que

el cobro por vía judicial deriva de reclamaciones originadas por un contrato de seguro.

En el presente caso al proceso solo se allegaron unos documentos que la actora denominada “facturas”, junto con otros, sin que se hubiese aportado la totalidad de los requisitos exigidos por el art. 26 del Decreto 056 de 2015, con lo que queda en evidencia la falta de sustento de esta pretensión.

4.5. INEXISTENCIA DE LOS TÍTULOS O DOCUMENTOS QUE DETERMINEN RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL DE SEGUROS DEL ESTADO S.A.:

Es importante señalar que para efectos de haber admitido la demanda o en su defecto condenar en concreto a mi mandante al pago de los valores reclamados en este proceso, el operador judicial, deberá examinar la demanda y sus anexos, para lo cual constatará los documentos allegados como fuente de la obligación contractual, veamos,

30

- a) En primer lugar debe observar las premisas normativas generales contenidas en los art. 82 y 90 del C.G.P.
- b) En segundo lugar la premisa normativa especial contenida en el Art. 774 del código de comercio modificado por la ley 1238 de 2008, y artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, que aplica en la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago.
- c) En tercer lugar la Resolución 3047 de 2008 Anexo técnico N. 5.

En la demanda, no existe prueba siquiera sumaria que demuestre el vínculo contractual del que se duele la parte actora, razón por la deben ser analizadas con detenimiento la “facturas”, debido a que no existen fundamentos para acceder a las pretensiones de la parte actora, por carecer de fuerza alguna “las pruebas “sobre las que descansan.

Fundo mi posición en el demandante allegó con la demanda, una serie de facturas para obtener el pago de servicios de salud, supuestamente prestados por la demandante a personas que tienen accidentes de tránsito, donde se encuentran involucrados vehículos que cuentan con supuestamente póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito expedidas por la demandada, sin embargo, se observa que dichas facturas NO se encuentran acompañadas de los soportes necesarios, para efectos del cobro del servicio de salud supuestamente prestado, bástese ver el escrito de demanda y sus anexos para acceder a tal conclusión, por lo que no se encuentra conformado en debida forma el título o en este caso la prueba, que permita acceder a sus peticiones

Su Señoría, usted deberá tener en cuenta que el Decreto 3990 de 2007 Art. 4 (vigente para accidentes ocurridos antes del 2015) y el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016) se evidencia con claridad que no fueron aportados los documentos exigidos por dichas normas para demostrar la existencia de la obligación, como por ejemplo el Formulario único de reclamación para instituciones prestadoras de salud, etc.

Ahora bien el despacho debe advertir que este tipo reclamaciones tiene un manejo particular, por lo que para poder ser pagadas por las aseguradoras, se hace necesario que las prestadoras del servicio de salud, cumplan con lo reglado en el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, *“Los soportes de las facturas de prestación de servicios Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.”*, así como también debe cumplir los requisitos exigidos en el Decreto 3990 de 2007 Art. 4 (vigente para accidentes ocurridos antes del 2015) y el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de

2016) y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016).

Para este efecto, el entonces Ministerio de protección social, expidió la Resolución 3047 de 2008, la cual en el artículo 12 (Artículo modificado por el artículo 4 de la Resolución 4331 de 2012), señaló que *“Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto número 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico número 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos – CUM –, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente – Consecutivo – ATC”*

Conforme el precitado artículo, el Ministerio expidió el anexo técnico número 5, que define los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deben ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de tales servicios, el cual igualmente establece los soportes que deben adjuntarse a las facturas, de acuerdo con el tipo de servicio prestado.

Aplicando lo anteriormente señalado al caso concreto, se observa que los documentos aportados al proceso, que la actora denomina “facturas”, con los que pretende probar:

- La existencia del vínculo existente entre demandante y demandado;
- Las obligaciones a cargo de cada una de las partes; el cumplimiento por parte de la actora de sus deberes legales y convencionales;
- El incumplimiento por parte de mi mandante de sus deberes legales y convencionales;
- El requerimiento en mora para cumpla con su obligación contractual;
- La demostración de daños y perjuicios generados con ese incumplimiento;
- El monto de los mismos,

Y los demás elementos propios de la responsabilidad contractual, ni siquiera cumplen con la técnica descrita por el legislador para el efecto. (ver Decreto 4747 de 2007, pues no contienen los anexos definidos en el anexo técnico 5 de la Resolución 3047 de 2008).

En este sentido y atendiendo la especialidad de las normas de los párrafos precedentes, deberá el despacho atenerse a ellas, pues tal regulación normativa dispone de manera enfática el procedimiento para el cobro de facturas por prestación de dichos servicios, lo cual de manera extraña pretende el accionante en un proceso declarativo, cuando los hechos, pretensiones y demás apartes del escrito de demanda denotan un proceso ejecutivo.

En conclusión, los documentos adjuntos a la demanda, no cuentan con el valor probatorio y mucho menos cumplen con los requisitos legales y técnicos para ser valoradas en este proceso y para ser fundamento de una condena en concreto, dentro de un proceso en el que se persigue demostrar la responsabilidad contractual de SEGUROS DEL ESTADO S.A.

33

4.6. INCONGRUENCIA ENTRE LOS HECHOS, LAS PRETENSIONES Y EL TIPO DE ACCIÓN CONSIGNADA DE LA DEMANDA:

Analizado con detenimiento el escrito de demanda, eso es su recuento fáctico, antecedentes, pretensiones y tipo de acción emprendida, observamos que la misma confunde las formalidades, naturaleza y requisitos propios de la responsabilidad contractual con un juicio ejecutivo, lo cual al haber sido advertido por el despacho al momento de admitir la demanda, por si solo deslegitima lo pretendido por la actora y determina un sentencia en contra de sus intereses.

4.7. PRESCRIPCIÓN:

El régimen de prescripción aplicable a este tipo de Seguros es el consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio que señala:

“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.”

Se habla de la prescripción del contrato de seguro como quiera que la normatividad aplicable al SOAT, establece que la entidad que prestó el servicio médico deberá presentar la reclamación aportando los documentos idóneos para demostrar la ocurrencia del siniestro, prestación del servicio, la cuantía y la entidad obligada al pago, en virtud de lo anterior es que la demandante crea los títulos pretendidos por lo tanto se entiende que las “facturas” presentadas efectúan la función de reclamación y deben cumplir con los requisitos señalados por la ley 4747 de 2001 y los Decretos 3990 de 2007, 056 de 2015 y 780 de 2016, conforme a lo anterior es claro que se trata de reclamación es presentadas en virtud a un contrato de seguro, verbigracia de lo anterior es que deberá aplicarse la prescripción establecida para este.

Se observa de manera clara que las pretensiones reclamadas derivan de una acción contractual y legal, entre la demandante y la demandada con fundamento en el Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito, en el cual y conforme al Art. 1 del Decreto 3990 DE 2007 se señalan los beneficiarios del pago de las coberturas de la póliza así:

“Beneficiario. Es la persona natural o jurídica que acredite su derecho para obtener el pago de la indemnización, de acuerdo con las coberturas otorgadas en la póliza o establecidas en la ley, así: a) Servicios médico-quirúrgicos: La Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, habilitada, que hubiere prestado los servicios de atención de urgencias, hospitalización, suministro de material

médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación. Igualmente podrán ser beneficiarias las IPS que suministren la atención inicial de urgencias, quienes deberán remitir al paciente a la IPS más cercana habilitada para el nivel de complejidad requerido;...”

Según lo establecido en el art. 1081 del código de comercio colombiano “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 empezara a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que de base a la acción”

El DR. HERNAN FABIO LOPEZ BLANCO en su libro El Contrato de Seguro afirma que “...Tenemos, en consecuencia, que si por el “interesado” se entiende el tomador, el asegurado o el beneficiario, con relación a estos correrá como termino de prescripción el de dos años, es decir, que estarán cobijados por la prescripción ordinaria, ya que es a ellos a quien se destina este tipo de prescripción, y, obviamente también la empresa aseguradora.”.

35

Así mismo, la Sala de Casación de la Corte Suprema de Justicia en jurisprudencia del 4 de julio de 1997 se pronunció frente a la prescripción, motivo por el cual nos permitimos transcribir apartes de dicha jurisprudencia: “Por interesado debe entenderse quien deriva algún derecho del contrato de seguro, que al tenor de los numerales 1, 2 y 3 del artículo 1047 son el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador...”

Frente al termino de prescripción y cuando empieza a correr manifestó que “... el de la ordinaria, a partir de cuándo el interesado (y ya se vio quienes lo son) tuvo conocimiento o razonablemente pudo tenerlo del “hecho que da base a la acción”. Este hecho no es o no pudo ser otro, que el siniestro, en el caso concreto desde que la demandante prestó el servicio médico que se pretende cobrar entendido este, según el art. 1072 ibídem como “la realización del riesgo asegurado” es decir el hecho futuro e incierto de cuya ocurrencia

depende el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurador correlativamente del derecho del asegurado o beneficiario a cobrar la indemnización (arts. 1045 num. 4 y 1054 C de Co y 1530, 1536 y 1542 del C.C”).

Además, debe tenerse en cuenta que dando alcance del artículo 1081, cuya aplicación es de carácter imperativo, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuesta la demandante, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria.

En este mismo sentido la Superintendencia Nacional de Salud emitió concepto 2008026912-001 del 16 de julio de 2008 que sus apartes señalan:

“Definido el anterior contexto conceptual y teniendo en cuenta que con la atención de la víctima por parte del Hospital se tiene pleno conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación, el término para que opere la prescripción ordinaria, que es la única que se puede invocar en estos casos, empezaría a contar desde el momento en que el Hospital conoció o ha debido conocer el siniestro, esto es, desde que fue atendida la víctima independientemente de la fecha de expedición de la factura comercial, de tal suerte que si la atención a la víctima del accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción. Por último, esta Superintendencia se permite precisar que el caso por Usted planteado, la prescripción se predica de la acción para efectuar la reclamación y no de la factura, factura que es uno de los requisitos exigidos para efectos de legalizar en debida forma la reclamación ante la asegurador.”

36

Por su parte la Superintendencia Financiera emitió Concepto 2012054519-003 del 21 de septiembre de 2012 señala:

“Bajo los anteriores lineamientos se concluye que la prescripción ordinaria tiene lugar cuando el titular de la acción, bien sea con fuente en el contrato de seguro o en la ley, tiene conocimiento o ha debido tenerlo del hecho en la cual ella se origina, mientras que la prescripción extraordinaria, se produce en los casos en que no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento del hecho en cuestión, vale decir, en cuanto no se hubiere configurado antes la prescripción ordinaria.

Definido el alcance del artículo 1081 en estudio, cuya aplicación es de carácter imperativo conforme a los términos señalados en la misma disposición, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuestas las IPS, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria, como atrás se explicó”.

37

Conforme a lo anterior y en aplicación al caso concreto es que se debe tener en cuenta que se tiene a la demandante como interesado o beneficiario del contrato de seguro, en tanto y en cuanto desde el momento que presta la atención medica conoce cuál es la compañía aseguradora SOAT, a la cual deben cobrarse los gastos médicos prestados, razón por la cual y en el entendido que la demandante conocía quien era la compañía aseguradora desde el momento que prestó el servicio, es que deberá aplicarse la prescripción ordinaria de 2 años, conforme con lo anteriormente expuesto es que se observa que las facturas que datan del diez (10) de septiembre de 2.018 para atrás se encuentran Prescritas, ya que la demanda fue presentada el diez (10) de septiembre de 2020.

4.8. INEXIGIBILIDAD DEL TITULO:

A. Es harto sabido que las facturas cambiarias, como títulos valores, deben reunir determinados requisitos, entre los cuales se encuentra la recepción de estas y, además, bajo esa consideración, su aceptación; e, incluso, la expresa anuencia del destinatario, respecto a la efectiva prestación del servicio o la entrega del producto, éste último, en óptimas condiciones, pues, de suyo, las facturas son títulos causales, siguiendo la previsión de la Ley 1231 de 2008, según la cual: *«No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito»* (párrafo 2°, art. 1).

Aunque también se sabe que las relaciones existentes entre entidades u órganos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se manejan de formas diversas a las netamente reguladas por las disposiciones de títulos valores, ha sido la Corte Suprema de Justicia, en su Sala Plena, quién señaló que los Jueces Civiles, debían conocer de los procesos ejecutivos orbitados por las facturas, en tanto, siendo títulos valores, eran propios del conocimiento de tal especialidad de la jurisdicción (APL2642-2017, APL1531 de 2018, APL4298 de 2018, APL2208 de 2019 y APL3861 de 2019).

Al efecto, y aunque la Sala Civil de Casación de nuestra Corte Suprema advirtió el desfase que implica equiparar la factura como título valor, en las relaciones existentes entre los órganos del SGSSS, no ha sido de recibo en los restantes criterios de la misma Corporación, lo que lleva a contraluz impases como el presente. Memórese, la Sala Civil de nuestra Corte Suprema ha explicado, un sinnúmero de veces que:

«No puede compartirse la relevancia conferida en la decisión mayoritaria al supuesto uso de las «facturas o cualquier otro título valor de contenido crediticio» para argumentar que la relación entre prestadores y pagadores del sector salud es de raigambre netamente civil o comercial, por cuanto se dejó suficientemente expuesto, con referentes que sobra reiterar, que la factura o documento equivalente que se emplee para el recaudo de esta clase de servicios, está regulado por una normativa de carácter especial que resta cualquier influjo de las disposiciones mercantiles.

En otras palabras, el empleo de facturas no torna la relación ajena a la relación de seguridad social, máxime cuando dichos instrumentos, no son los únicos utilizados y sobre todo porque dada la especial reglamentación en la materia, los mismos quedan desprovistos de cualquier mérito cambiario, en caso de haberse elaborado como título valor, y no como la simple factura tributaria, pues la normativa particular establece requisitos totalmente ajenos al estatuto comercial que se ocupan de los anexos, términos de presentación, glosas y condiciones de pago, todos vinculados a la dinámica auténtica del SGSSS y de las pólizas de Seguro obligatorio de Accidentes de tránsito Soat.

Ciertamente, en dicho escenario, por regla general, la factura cumple una función diferente a la prevista para los títulos valores, teniendo previsiones diferenciales a las del Código de Comercio, en aspectos capitales como los sujetos intervinientes en su perfeccionamiento, requisitos de exigibilidad y pautas sobre la oportunidad para la obtención del pago.

Lo visto por cuanto es sentida la necesidad de someter los distintos actos al cumplimiento de los fines del sistema y equilibrar las tensiones existentes entre el imperativo de salvaguardar la recta destinación de los recursos y el deber de garantizar un flujo eficiente y adecuado de los mismos que permita el correcto funcionamiento de los agentes, en particular de las IPS, quienes de

forma directa atienden las contingencias que pretende cubrir toda la estructura organizacional (ver Decreto 1281 de 2002 y artículos 13 de la Ley 1122 de 2007 y 111 del Decreto Nacional 019 de 2012 y demás disposiciones concordantes y complementarias)

Se resalta que la naturaleza y diseño de las instituciones, relaciones y prestaciones propias del SGSSS, más allá de la notable participación privada, riñen con los elementos sustanciales que definen los títulos valores en general y la factura cambiaría o simplemente factura en particular; ello, tanto antes como después de la reforma introducida por la Ley 1231 de 2008, «Por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones».

Sin lugar a dudas el tratamiento dado a las facturas por el derecho de la seguridad social, desdice de los principios de literalidad, autonomía, incorporación y legitimación que informan a los títulos valores en general (art. 619 del C.Co.), siendo para ello suficiente, destacar que tal normativa del sector salud impide predicar que documentos como los aducidos por la demandante puedan legitimar el ejercicio de un derecho literal y autónomo incorporado en los mismos.

Las versiones del artículo 772 del Código de Comercio, relativas a la definición de factura como título valor, aluden a que dicho instrumento es aquel que el vendedor (ahora también prestador del servicio) puede librar, entregar o remitir al comprador (o beneficiario del servicio); dicha bilateralidad consustancial de la relación cartular que dimana de la factura es manifiestamente impropia en el escenario del sector salud, donde los adquirentes y beneficiarios de los bienes y servicios son personas diferentes a las destinatarias de las facturas y por ende obligadas a su pago.

Luego, la factura como título valor debe provenir de una relación contractual subyacente entre vendedor-prestador y comprador-beneficiario, lo cual no se compadece con las relaciones del sector salud, donde la estructura es de tipo tripartito, y en varios de los supuestos, absolutamente desprovista de vínculo contractual, como se evidencia en los casos de atención de urgencias derivados de un accidente de tránsito.

Ciertamente, las facturas aportadas y vistas ya desde la Ley 1231 de 2.008, bajo el entendido que es posterior al Decreto 4747 de 2.007, y dado que ese es un reglamento emitido bajo las previsiones del numeral 11 artículo 189 Superior, y, por ende, no puede modificar o derogar la Ley, como sí está puede dejarlo sin sustento jurídico (decaimiento); este apoderado encuentra que ninguno de tales títulos valores cumplen con un requisito esencial, y es su exigibilidad.

41

La aceptación tácita de la factura de venta se da a partir de la premisa, en dicho continente de *“La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley”*; ello, so pena de que la factura carezca del carácter “[d]e título valor” en tanto “[q]ue no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura”.

En éste caso, **ninguna de las facturas cuenta** con ese requisito, pues, llanamente, los títulos arrimados no tienen ninguna señal de aceptación o recibo, veamos:

	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT: 800110181-9 CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436 SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.		
	*Somos Grandes Contribuyentes Resolución 012635 de 14-12-2018 *No Somos Autoretenedores de Renta *Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio Art. 637 Acuerdo 028 del 2018		
FECHA NEIVA, 2019.10.10		HORA 14:05:46	FACTURA DE VENTA No. 182497 FECHA VENCIMIENTO 2019.11.09

* .T	VALOR BRUTO:	8,465,804	CUOT.MODER/COPAGOS:	0	TOTAL A PAGAR \$	8,465,804
------	--------------	-----------	---------------------	---	------------------	-----------

SON: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE.

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR: ELIANAGL ELIANA KERGUELEN AVILEZ

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO
 FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA DE NEIVA NIT. 800.110.181-9

Autorización Numeración de Facturación 18762015275895 por una vigencia de 24 meses, desde 21-Jun-2019

Modalidad COMPUTADOR desde ----00178020 Hasta ----00200000 HABILITACIÓN

PAG. 2

42

A lo sumo, las facturas tienen un sticker de radicación corresponde al aviso del siniestro, pendiente de recibo por SEGUROS DEL ESTADO SA, pues, se sabe, dista de ser una señal de recibido de la factura, de un lado, su regulación se encuentra en el artículo 1075 del Código de Comercio, y es una obligación del asegurado y/o beneficiario de la póliza.

B. A su turno, el artículo 23 del Decreto 4747 del 2007, el artículo 47 de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 3047 de 2008; y, el Decreto 056 de 2015 y la Resolución 1915 de 2008, ora, el Decreto 780 de 2018 y, a la postre, sus normas modificatorias, subrogatorias o derogatorias; disponen que las facturas no son exigibles, porque, precisamente, están sujetas a debate respecto a varios puntos concretos, propios de la reclamación y, a su vez, la glosa u objeción.

En éste caso, la aplicabilidad del régimen de objeciones, previsto en el artículo 1053 del Código de Comercio y el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (num. 4, art. 192); o, el de glosas, previsto en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, en consonancia con los Decretos 3990 de 2007, 4747 de 2007 y 056 de 2015; impiden la ejecutabilidad por inexigibilidad de las facturas o reclamaciones.

43

Ello, por demás, atendiendo que dan vida al anexo técnico N° 6 de la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009, que define que la glosa es *«una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud»*, o, lo que en derecho cambiario, aplicable a la factura, se denominaría *reclamación* (art. 86, L. 1676 de 2013), que, de suyo, impide la exigibilidad del título, dado su carácter causal.

A su paso, la Resolución 1915 de 2008, modificada por la Resolución 1136 de 2012, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que adoptó el denominado “Formulario Único de Reclamación por parte de las

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos (Furips)”; y regula, respecto al pago de la indemnización, en el artículo 6 de este acto administrativo, que:

«Artículo 6o. Pago de la indemnización. Las compañías de seguros y la Subcuenta ECAT de Fosyga deberán cancelar el valor de los gastos facturados **que no hubieren sido objetados dentro del término previsto en el artículo 1080 del Código de Comercio.**

Dentro del mismo plazo, deberán poner en conocimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud las objeciones a los gastos facturados»

Y, en éste caso, tales reclamaciones objeto de cobro compulsivo recibieron glosas y objeciones.

44

4.9. LAS FACTURAS CARECEN DE REQUISITOS LEGALES ADICIONALES.

Sumado a lo anterior, existe un Anexo Técnico comprendido en la Resolución 3047 de 2.008, aún vigente, incluso, por las modificaciones reglamentarias sobre reclamaciones en salud, que impone su apreciación para emitir orden de apremio, o decir exigible la factura, como es la verificación de la prestación efectiva del servicio de salud, a partir de un *“Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento*

con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto”, lo que acompaña con la prohibición de emitir “factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito” (art. 1, L. 1231/08), pero, a la vez, incorpora un requisito foráneo y bastante ajeno al derecho de los títulos valores, dado que, la aceptación no la emite el receptor y deudor de la factura, sino un tercero.

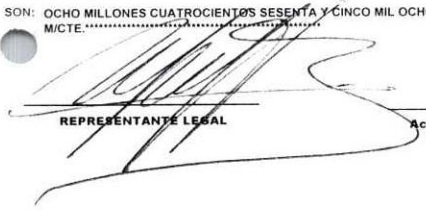
En éste caso, ninguna de las facturas aportadas con la demanda cuenta con la firma de recibo o aceptación del paciente, y ello, a su turno, es un requisito de validez del título. Veamos:

45

VALOR BRUTO:	8,465,804	CUOT.MODER/COPAGOS:	0	TOTAL A PAGAR \$	8,465,804
--------------	-----------	---------------------	---	------------------	-----------

SON: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUATRO PESOS

M/CTE.....


REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : ELIANAGL ELIANA KERGUELEN AVILEZ

Una por una, al ser revisadas las facturas, muestran la ausencia de éste requisito, O, SU TOTAL INFORMALIDAD y ausencia de validez, por lo cual, no era posible librar la orden de apremio que fue emitida y aquí se recurre.

4.10. Se carece de título ejecutivo, porque es complejo o compuesto pero ésta incompleto en éste caso.

A su turno, se muestra socorrido y claro, que las reclamaciones elevadas por el demandante ante SEGUROS DEL ESTADO SA, se encuentran sujetas a condiciones legalmente propuestas a partir del Decreto 4747 de 2001 y el Decreto 3990 de 2007 Art. 4 (vigente para accidentes ocurridos antes del 2015) y el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de 2016) y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016), en los cuales se señalan los requisitos y documentos que se deben allegar para solicitar el pago de las cuentas por gastos médicos, y es claro que dentro del presente proceso la condición no ha sido cumplida por la demandante, además es claro que la factura por sí sola no prueba el derecho reclamado ya que esta simplemente hace parte de los requisitos para presentar la reclamación conforme al artículo 26 del Decreto 056 de 2015, es decir:

46

«Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos: 1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con

una firma digital certificada.2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del presente decreto.5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.”

47

Sea del caso indicar, vehementemente, los títulos complejos aportados por la demandante, carecen de diversos defectos por omisión en sus requisitos de composición, ora, porque fueron legal y debidamente objetadas, glosadas y devueltas.

Tales ausencias en los títulos aportados como puntal de la ejecución, son verdaderos defectos de su ejecutabilidad por deserción de integración del título, ora, porque este no reúne los requisitos previstos en la Ley para su validez, con lo cual, es claro, lo propicio y necesario si bien es denegar la

ejecución solicitada y, por contera, ordenar la devolución de la demanda con sus respectivos anexos (art. 90, L. 1564/12); también despunta en la decisión de negarse seguir con la ejecución respecto de todas las reclamaciones que se busca ejecutar ante Su Señoría.

A más de las veces, las facturas tienen origen en la prestación de servicios de salud, en cuyo extremo superior derecho están denominadas como facturas de venta, elaboradas en formatos con el logotipo de la demandante para su creación, validez y exigibilidad se rigen por una normativa especial, esto es, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), el Decreto 056 de 2015, 780 de 2016, 046 de 2000, D. 4747 de 2007, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y ley 1438 de 2011. Es decir, difieren de las facturas cambiarias de que trata el artículo 774 del C de Co modificado por la ley 1231 de 2008. Conforme a lo dispuesto en el artículo 617 del estatuto tributario, es necesario cumplir unos requisitos que surgen del artículo 13, literal c) de la Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

48

En ese sentido, el artículo 7° del CG del P, prevé “*Cuando el juez se aparte de la doctrina probable, estará obligado a exponer clara y razonadamente los fundamentos jurídicos que justifican su decisión. De la misma manera procederá cuando cambie de criterio en relación con sus decisiones en casos análogos*”; ápice normativo que fue estudiado y encontrado exequible por la Corte Constitucional, e mediante sentencia C-621 de 2015.

De otro lado, la doctrina probable, se sabe, es una institución legal prevista en el artículo 4° de la Ley 189 de 1896, que cuenta con aval constitucional

mediante sentencia C-836 de 2.001, y consiste en *“Tres decisiones uniformes dadas por la Corte Suprema, como tribunal de casación, sobre un mismo punto de derecho, constituyen doctrina probable, y los jueces podrán aplicarla en casos análogos, lo cual no obsta para que la Corte varíe la doctrina en caso de que juzgue erróneas las decisiones anteriores”*.

En tanto, el precedente judicial, tiene connotaciones diferentes a la doctrina probable. De un lado, lo constituye uno o más pronunciamientos sobre asuntos con componentes facticos análogos o similares. De otro, se predica obligatorio cuando se verifica el pronunciamiento emitido por la Corte Constitucional o un Juez de Cierre en dicha especialidad, tal y como propone el artículo 4 de la Ley 153 de 1887.

En éste caso, la doctrina probable o el precedente judicial, para el caso, constituido por las sentencias STC2064-2020, STC19525-2017 emitidas por la Sala Civil de nuestra Corte Suprema de Justicia, y la sentencia con Radicado No. 88735 del 15 de abril de 2020, M.P. IVÁN MAURICIO LENIS GÓMEZ, emitida por la Sala Laboral de nuestra Corte Suprema de Justicia, señalan que en casos como el presente, nos encontramos ante un título complejo, y, esa es la razón por la cual, la simple factura no sirve para la finalidad coercitiva que busca el demandante.

Valga señalar, porque las indicadas decisiones judiciales proferidas por nuestra Corte Suprema de Justicia, corresponden a precedente judicial constitucional, cual corresponde a la categoría jurídica del artículo 4 de la Ley 153 de 1887, y no a la doctrina probable normada por el artículo 4° de la Ley 189 de 1896.

4.11. No son los títulos originales

Ahora bien, realizando esa constatación dentro del presente asunto deberá revocarse el mandamiento de pago, habida cuenta que son evidentes las falencias en la conformación del título ejecutivo que se acompaña, más aun cuando los documentos que acompañan la demanda y que son aducidos por la demandante.

NO SON ORIGINALES sino copias, las cuales como es bien sabido NO prestan merito ejecutivo, conforme las normas anteriormente reseñadas, además no vienen acompañadas de la totalidad de los documentos legalmente exigidos entre ellos el Furips, epicrisis, entre otros exigidos por la ley, ya que conforme se observa en las pruebas aportadas con la demanda, ninguna viene acompañada de este formulario, lo cual conforme a las disposiciones especiales para el caso es obligatorio.

50

V. PRUEBAS

(num. 4, art. 96 CG del P).

Lo primero en solicitarse a Su señoría es la aplicación de la carga dinámica de la prueba, prevista en el artículo 167 del CG del P.

Al efecto, le rogamos ponga en cabeza del demandante la prueba de la pertinencia médica de los procedimientos que fueron objetados con las respectivas reclamaciones.

A su turno, le rogamos deje en cabeza de la demandante la prueba del aporte del pleno de los documentos que debió acompañar con sus reclamaciones.

Por último, le rogamos deje en cabeza del demandante la prueba de la ocurrencia del accidente de tránsito que afectó las pólizas, que, en las correspondientes objeciones y/o glosas, se indican como *pólizas prestadas*.

2. **DESCONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS Y RATIFICACIÓN**

Señoría, siguiendo lo dispuesto en el artículo 272 del CG del P, y dado que SEGESTADO no suscribió o emitió los documentos que aportó la demandante como ANEXO a la demanda, se **predica** su desconocimiento, salvo por los que cuentan con el membrete de SEGESTADO.

De hecho, se le atribuye su creación a la misma IPS y sus médicos adscritos, pero, además, a los pacientes que se atendieron, por lo tanto, para comprobar la veracidad de lo allí establecido y declarado, solicitamos que dichos documentos sean ratificados en su integridad por el médico tratante, el paciente y el titular de la póliza afectada.

A partir del desconocimiento de cada uno de los adjuntos a las reclamaciones que formuló la IPS, itero, rogamos a Su Señoría, cite a ratificar las historias de epicrisis que se aportaron, y fueron creadas por cada uno de los médicos que se señalan como sus autores, pues, sea dicho, tal historial carece de firma autógrafa, digital o electrónica, pero se atribuye a un profesional médico.

Así entonces, requerimos la ratificación de cada uno de los documentos que sirven como soporte a las reclamaciones que reposan en el proceso como anexos a la demanda. **Tal ratificación deberá hacerla a quién se atribuya la autoría de cada documento, y, en el caso de cada póliza SOAT, el tomador y/o asegurado** quién debe dar fe de la ocurrencia del accidente de tránsito **y, así mismo, la víctima o paciente a quien atendió la IPS.**

La ratificación procede conforme al artículo 262 del CG del P, atendiendo que su contenido es declarativo, y, ciertamente, declaran los

procedimientos, medicamentos y tecnologías de la salud que fueron prescritas por el respectivo médico tratante, la recepción y aceptación de estos a satisfacción por el paciente, pero, especialmente, el titular (tomador) del SOAT, deberá indicar las condiciones de tiempo, modo y lugar del accidente de tránsito que dio origen a la lesión del paciente.

De ésta manera, aunque dispendiosa, buscamos probar que las reclamaciones son fraudulentas, carentes de verdad respecto a la afectación de una póliza SOAT emitida por SEGESTADO, y, sobre todo, la nulidad absoluta o ineficacia o inexistencia de la reclamación.

3. **INTERROGATORIO DE PARTE:**

Solicito a la señora Juez hacer comparecer al representante legal de la demandante, de condiciones civiles y generales de ley conocidos en el proceso, absuelva el interrogatorio que versará sobre los hechos de demanda, sus contestaciones, los llamamientos en garantía y la respuesta de los mismos.

52

4. **DOCUMENTALES**

Las pruebas documentales se encuentran en el siguiente link:
<https://drive.google.com/drive/folders/11mgALe4iB4KqVSifZwLSumnru72JknWI?usp=sharing>

1) NOTIFICACIONES DE PAGO:

- Se remiten 17 soportes de Notificaciones de Pago registros únicos.
- 1 transferencias sin guías de envío.

2) LIQUIDACIONES EN CERO:

- Se remiten 9 soporte de Liquidación en Cero registros únicos.
- 1 Liquidaciones en cero sin guía de envío.

3) CERTIFICADO DE COBERTURA:

- Se remiten 1 Certificado de Cobertura registros únicos.

5. INSPECCIÓN JUDICIAL Y EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS:

De forma respetuosa solicito a la señora Juez, se sirva fijar fecha y hora para llevar a cabo una Inspección Judicial a las instalaciones de la demandante, para verificar:

- La manera en que atiende los siniestros derivados de accidentes de tránsito, protocolos dispuestos para el efecto, etc.;
- Cómo presta los servicios con cargo a las pólizas SOAT;
- La manera como cuantifica el valor de dichos servicios, los factura y cobra;
- Y para verificar de primera mano las condiciones de tiempo, modo y lugar que tiendan a demostrar la veracidad de los hechos relacionados en el escrito de contestación.

De igual forma en dicha diligencia, la parte actora de acuerdo con las previsiones del C.G.P., deberá exhibir todos y cada uno de los documentos, soportes etc., relacionados con los servicios materia de este proceso.

6. TESTIMONIAL:

Auditores médicos:

OMAR EDUARDO NIÑO ZABALA
C.C.: 79.893.907
Dirección: carrera 23 N° 166-36 Bogotá
Celular: 311-8179752

Correo electrónico: omnino@sis.co

Cargo: Asesor de calidad SIS VIDA

Nombre: Belkis Yaniry Bonilla Rodríguez

Cédula: 68.290.809 de Arauca

Dirección: carrera 23 N° 166-36 Bogotá

Teléfono: [3174036744](tel:3174036744)

Correo electrónico: brodriguez@sis.co

Cargo: Auditora en Servicios de Salud

Tales personas declararan sobre el estado de cuenta, las glosas y objeciones que se presentaron, los intentos de conciliación con la IPS, y todos los argumentos expuestos en las excepciones.

7. AVISO DE DICTAMEN PERICIAL

Le Rogamos a Su Señoría nos conceda un plazo adicional para aportar un dictamen pericial que resulte concluyente respecto a cada reclamación en litigio, su origen y objeción, así como situación contable y tributaria actual.

54

VII. ANEXOS

- Poder que reposa en el expediente y anunció como prueba.

VIII. NOTIFICACIONES

- **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA:** Calle 18 N. 6-65 Neiva Correo electrónico: contabilidad@fracturasyortopedia.com



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

- **APODERADA DEMANDANTE: MIREYA SANCHEZ:**
Carrera 4 N. 10-53 Neiva Correo
electrónico: mireyasanchest@hotmail.com cel 3002242742
- **SEGUROS DEL ESTADO S.A.:**
Dirección: Carrera 11 N. 90-20
Correo electrónico: juridico@segurosdeleestado.com
- **JULIAN DAVID MEDINA TRUILLO** tel 3102083228 Correo
electrónico judatru13@hotmail.com.

Del (a) Señor Juez,

JULIAN DAVID TRUJILLO MEDINA
C.C. No. 80.850.956 de Bogotá
T.P. No. 165.655 del C. S. de la J.

55