

Señores

JUZGADO CUARTO (4º) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA – HUILA.

E. S. D.

*Radicado N° 2020-299. Proceso EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA;
Demandante: CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIAS LTDA., Demandado:
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.*

Asunto: **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA.**

RODRIGO ALBERTO ARTUNDUAGA CASTRO, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 7.724.012 expedida en Neiva – Huila, y portador de la T.P. No. 162.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, según poder que obra al plenario, otorgo respuesta dentro del término legal a la demanda presentada por la sociedad **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.** en contra de mi procurada, en los siguientes términos:

I. ANOTACIÓN PRELIMINAR

La presente contestación se remita con la intención de emitir un pronunciamiento sobre las pretensiones de la demanda, sin embargo se aclara que en caso que prospere la nulidad que se radica con antelación a la misma, el Despacho otorgue los 10 días correspondientes para ejercer el derecho de defensa; puesto que a la presente fecha ha sido casi imposible recaudar los medios de prueba necesario para controvertir el derecho que aquí se discute.

II. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA.:

Doy respuesta a los hechos de la presente demanda, en el mismo orden en que están planteados por el demandante:

AL PRIMERO: NO ME CONSTA que la citada clínica haya cumplido con las obligaciones impuestas por el artículo 168 de la ley 100 de 1993, el artículo 67 de la ley 715 de 2001 y el decreto 056 de 2005, toda vez que se trata de un enunciado fáctico desconocido por mi mandante, por lo que me atengo a lo que resulte probado en el marco del proceso.

AL SEGUNDO: Para contestar se precisa separar:

- NO ME CONSTA el presunto “*cumplimiento del objeto de los contratos indicados en el hecho 1*”, puesto que la sociedad actora no es clara en especificar a que contratos se refiere, además, existe una abierta contradicción entre este hecho y el hecho 1°, ya que en el anterior indica que no se requiere contrato alguno para atender a los pacientes pero en este indica que sí existen contratos, sin especificar y/o aportar prueba si quiera sumaria, que permita inferir a que contratos hace referencia.
- NO ME CONSTA el presunto cumplimiento de las obligaciones derivadas de las normas citadas, ni de los contratos NO ESPECIFICADOS referidos en este hecho, por parte de la sociedad demandante. Por lo que me atengo a lo que resulte probado en el marco del proceso.
- NO ES CIERTO que la sociedad demandante haya presentado ante SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., las facturas relacionadas en los ítems 1 al 52; como puede observarse, en la totalidad de las facturas aportadas por la parte demandante, fueron recibidas por ARUS., y en el sello de recibo se consigna “*RECLAMACIONES SOAT SEGUROS GENERALES SURAMERICANA RECIBIDO SIN VERIFICAR CONTENIDO*”. Por esta razón, salta a la vista la falta de cumplimiento de uno de los requisitos sine qua non, para que las “facturas” objeto del presente proceso se constituyan en título valor, es decir, las facturas objeto de recaudo carecen de aceptación expresa, sin excepciones ni condiciones por parte del destinatario de las mismas, según lo regulado en el artículo 773 del Código de Comercio.

AL TERCERO: Atendiendo a que NO SE TRATA DE UN HECHO EN SÍ MISMO, sino a una referencia alguna de las normas que resultan aplicables a la presente controversia, no resulta procedente pronunciarnos al respecto del contenido del hecho en comento. En todo caso, no atenemos a lo expuesto en el hecho precedente.

AL CUARTO: Toda vez que de manera ANTITÉCNICA, la parte demandante incorpora en un solo numeral distintos supuestos fácticos, para contestarlo apropiadamente se procede a separar así:

- NO ES CLARO a qué términos legales hace referencia la parte demandante, en todo caso me permito manifestar que las primeras radicaciones de solicitudes de indemnización presentadas por la clínica de Fracturas y Ortopedia no se ajustaban a los términos del artículo 1077 del C.Co. ni a los del artículo 26 del Decreto 056 de 2015 razón por la cual no se configuraba obligación de pago en cabeza de mi mandante. Tan pronto como las mismas se fueron ajustando a lo estatuido en las normas que regulan el contrato de seguro y en especial el SOAT mi mandante procedió a realizar los pagos a los que había lugar.
- NO ES CIERTO que la totalidad de los pagos realizados por mi mandante se encuentren relacionados en la tabla consignada en el hecho número 2. En el mencionado cuadro se incluyen facturas que a la fecha de presentación de la presente demanda se encuentran completamente pagas.

En consecuencia, en el presente asunto se deberá validar las objeciones presentadas, sopesarlas frente al derecho reclamado y, en caso de encontrarse acreditadas, las mismas deberán ser despachadas favorablemente en el presente asunto.

AL QUINTO: NO SE TRATA DE UN HECHO sino de la apreciación subjetiva de la parte demandante sobre normas que considera resultan aplicables al presente caso. Razón por la cual no hay pronunciamiento alguno respecto dicha afirmación.

AL SEXTO: NO ES CIERTO. Se precisa que el plazo para pagar una “factura”, solicitud de indemnización solo correría si se hubiese configurado una reclamación en los términos del artículo 1077 del C.Co. y la normatividad que rige al SOAT o que contuviera una obligación clara, expresa y exigible, que provenga del deudor, lo cual NO acontece en este asunto. Se reitera, en el caso en concreto no se dan tales supuestos, al punto que ni siquiera ha surgido a la vida jurídica obligación alguna en cabeza de mi mandante, razón por la cual tampoco es cierto que se hayan generado intereses comerciales en cabeza de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA.

AL SÉPTIMO: NO ES CIERTO. Se trata de una apreciación subjetiva de la parte demandante sobre la existencia de título ejecutivo en el presente caso; sin embargo, se reitera que las “facturas” base de la presente ejecución NO cuenta con aceptación expresa, sin excepciones ni condiciones por parte del destinatario, razón por la cual es evidente la ausencia de título ejecutivo.

AL OCTAVO: No se trata de un hecho en que se funden las pretensiones de la demanda tal y como lo establece artículo 82, numeral 5, a contrario sensu, el hecho de la referencia hace alusión a un requisito procedimental, en todo caso corresponderá al señor juez valorar toda vez que no se trata de un hecho, sino de un requisito procedimental, por lo que me atengo a lo que conste en el documento respectivo.

III. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:

ME OPONGO a la prosperidad de las pretensiones rogadas en el libelo genitor, por cuanto las reclamaciones presentadas por la IPS ejecutante fueron oportunamente glosadas por mi procurada, oportunidades en las que se indicó que no procedía dicho cobro, entre otras razones, ante la falta de pertinencia, por tarifación superior a las condiciones de mercado. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en la normatividad que disciplina el SOAT, y, en particular, lo dispuesto en su manual tarifario.

Por ende, solicito al señor Juez deniegue las citadas pretensiones y absuelva a mí mandante, condenando en costas a la parte demandante.

Previo a adentrarnos en el acápite de las excepciones de mérito, menester resulta identificar la naturaleza jurídica del SOAT, a fin de demarcar el marco normativo aplicable al presente asunto.

IV. NATURALEZA DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO – SOAT Y LA NORMATIVIDAD QUE LO DISCIPLINA.

Mediante auto adiado del 27 de agosto de 2020, el Despacho dispuso librar mandamiento de pago a favor de la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA por las facturas relacionadas en el aludido mandamiento. Decisión de la que nos apartamos, bajo el entendido que nos encontramos en presencia de una reclamación derivada de utilización del seguro obligatorio SOAT. De tal suerte debemos precisar al Despacho que la naturaleza jurídica del mencionado seguro contempla que ante cualquier vacío o contradicción se debe acudir a las normas que disciplinan el contrato de seguro terrestre, en específico las disposiciones contenidas en el Capítulo I del Título V del Código de Comercio.

A fin de acreditar el anterior aserto, cumple remitirnos a lo dispuesto en el Capítulo IV del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, que aborda lo relativo al “*REGIMEN DEL SEGURO OBLIGATORIO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO*”; el artículo 192 del estatuto en mención contempla, como primera medida, la obligatoriedad para todo vehículo que transita por las vías públicas del territorio patrio de contar con el seguro obligatorio “SOAT”. A renglón seguido, dicha normativa pregonla la función social de este tipo de seguro¹. Bajo la misma estela, el numeral cuarto del artículo en estudio establece

“4. Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto.” (Énfasis ajeno a texto original).

Así pues, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, expresamente dirige a las disposiciones que regulan el contrato de seguro terrestre ante cualquier vacío que pueda presentarse en dicha compilación normativa; remisión que resulta recurrente por parte del legislador, como pasa a explicarse con otras disposiciones legales.

El derogado Decreto 3990 de 2007, “*por el cual se (...) establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat, y se dictan otras disposiciones*”, señalaba en sus artículos 5º y 6º lo siguiente:

¹ El Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito – SOAT “**es un seguro que nace con un fin social, cuyo objetivo principal es cubrir la muerte, los daños corporales físicos causados a las personas y los gastos que se deban sufragar por atención médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y funeraria, originados en accidentes producidos por vehículos automotores asegurados**”¹ Palacios Sánchez Fernando, Seguros Temas Esenciales, Cuarta Edición. ECOE Ediciones, Universidad de La Sabana. Bogotá, 2016, Página 217.

“Artículo 5°. Controles. Por tratarse de uno de los planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quienes tienen a su cargo el pago de las indemnizaciones a las que se refiere el presente decreto, deberán objetar las reclamaciones en las cuales no se encuentre debidamente demostrada la ocurrencia del hecho o la cuantía de la indemnización o esta ya se hubiere reconocido.

Artículo 6°. 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. (...) Negrilla propia.

Como se aprecia de las normas transcritas en antelación, la normatividad presenta una fuerte inspiración normativa en las normas que regentan el contrato de seguro, habida consideración que el artículo 1077 del Código de Comercio establece que *“Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso”*. De su lado, el artículo 6 bajo análisis establece que el término para proceder al pago de las indemnizaciones no objetadas es el previsto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

Bajo este esquema, el parágrafo 1 del artículo 6° del Decreto 3990 establece lo siguiente:

Parágrafo 1°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán atender las objeciones dentro del mes siguiente a la notificación, para cuyo efecto deberán soportar debidamente su pretensión.

Las compañías de seguros contarán con un plazo de quince (15) días contados a partir de la fecha en que la IPS desvirtúe las objeciones, para cancelar el saldo restante del valor de los gastos reclamados o en su defecto notificar a la IPS que se mantienen los motivos de la objeción.

Cuando la IPS no desvirtúe las objeciones dentro del término establecido, se entiende que las acepta y desiste de su reclamación, sin perjuicio de las acciones judiciales a las que hubiere lugar.

La norma transcrita enseña el trámite que la IPS debe seguir a efectos de realizar la reclamación de los servicios públicos de salud suministrados a una persona como consecuencia de un accidente tránsito. En este sentido, se aprecia que las IPS remite a la compañía de seguros la reclamación respectiva, aseguradora que a su turno cuenta con un término de un mes para otorgar respuesta, esto es, pagando u objetando la reclamación. Del mismo modo, la procedencia de la reclamación se encontraba supeditada a la acreditación de la ocurrencia del siniestro y a la cuantía de la pérdida. Finalmente, la norma establece que cuando la IPS no desvirtúe las objeciones, se entienden que acepta las mismas y desiste de su reclamación.

El Decreto 3990 de 2007 fue derogado por el artículo 46 del **Decreto 056 de 2015**; por lo que de la norma vigente se resalta **“Que conforme con lo establecido en los literales a) y b) del numeral 2º del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el SOAT tiene por objeto cubrir a las víctimas de accidentes de tránsito los gastos que se deban sufragar**

por muerte, atención médica, quirúrgica, hospitalaria e incapacidad; los gastos funerarios y los ocasionados por el transporte de la víctima a las entidades del sector salud; y de acuerdo a lo establecido en la Ley 100 de 1993, cuando el accidente sea ocasionado por un vehículo no identificado o no asegurado, los servicios de salud, indemnizaciones y gastos serán cubiertos por el Fondo de Solidaridad y garantías – FOSYGA.”

De un análisis integral del **Decreto 056 de 2015**, se resalta lo siguiente: el **artículo 1**. Presenta como objeto “establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito... en que opera tanto la Subcuenta ECAT del FOSYGA, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT...”; en este mismo sentido, el **artículo 2** señala que el presente decreto aplica al FOSYGA y a las entidades aseguradoras para expedir SOAT.

El **artículo 6** del decreto en estudio alude a los servicios de salud y las prestaciones económicas que ampara el seguro obligatorio SOAT. El **artículo 8** regula la legitimación para reclamar frente a las compañías aseguradora que maneja el ramo del SOAT, encontrándose facultado el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima. El **artículo 10** refiere a las tarifas aplicable a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, remitiendo para tales efectos a lo dispuesto en el **Decreto 2423 de 1996**, “Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.”.

De potísima relevancia resultan ser las siguientes disposiciones del **artículo 11 del Decreto 056 de 2011**, así:

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

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

Artículo 26. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito... los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante... la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos: (...) **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 los artículos 31 y 32 del presente decreto. (...)** **2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto. (...)** **4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del presente decreto. 5. Cuando se**

reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.”. Negrilla ajena a texto original. En el mismo sentido deberán consultarse las Resoluciones No. 1915 de 2008 y 1136 de 2012, entre otras.

De su lado, el **artículo 31** de la mencionada disposición establece que cuál ha de ser el contenido de la epicrisis; el **artículo siguiente, 32**, fija las pautas del contenido del resumen clínico de atención de la víctima de accidente de tránsito y el **artículo 33** remite a los requisitos que debe contener la factura que por prestación de servicios acompañe la reclamación pertinente.

El **artículo 36** establece que una vez **“presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT... estudiará su procedencia, para lo cual deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este decreto y si ésta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.”**

Del mismo modo, se resalta el **artículo 38** que regula el **“Término para resolver y pagar las reclamaciones. 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, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe a ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.”**

Por último, obligatorio es remitirnos a lo dispuesto en el artículo 41 del Decreto 056 de 2015, norma del siguiente tenor:

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

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

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

(...) 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.

Del recuento normativo previamente aludido, no cabe márgenes a equívocos respecto que el SOAT se encuentra ampliamente regulado por lo dispuesto en el Decreto 663 de 1993 ESOF - Estatuto Orgánico del , el Decreto 056 de 2015, lo reglado por el Decreto 2423 de 1996 y que, en defecto de disposición alguna sobre el articular, los mencionados cuerpos normativos remiten expresamente a lo dispuesto en las normas que regulan lo atinente al contrato de seguro terrestre; así se desprende del numeral 4 del artículo 192 del EOSF, y el artículo 41 del Decreto 056 de 1996.

En tono con lo anterior, es claro que las solicitudes de indemnización por la prestación de servicios de salud por parte de la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, en calidad de beneficiaria del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, se encuentra dentro del marco de cobro de prestaciones del contrato de seguro que según la demandante son exigibles, razón por la cual resultan plenamente aplicables las normas que regulan el contrato de seguro SOAT **y en consecuencia esta normatividad debe ser observada en el presente proceso por el Despacho**, so pena de incurrir en evidente vía de hecho constitucional y legal.

En consecuencia, la presente aclaración preliminar pretende servir de base para el proceso que se surtirá y para el análisis de las excepciones de fondo que se proponen en el presente escrito.

Con fundamento en lo anterior presento las siguientes

V. EXCEPCIONES A LA DEMANDA:

PRIMERA: INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN EN CABEZA DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.: AUSENCIA DE RECLAMACIÓN DEBIDAMENTE CONFIGURADA POR PARTE DE LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL C.CO. Y LAS NORMAS QUE REGULAN EL SOAT – FALTA DE DEMOSTRACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.

En primer lugar, debemos referirnos a la definición de riesgo contenida en el código de comercio el cual en el artículo 1054 determina “*Denomínese riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. (...)*”. A su vez el artículo 1072 ibídem determina que “*se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado*”

De esta manera, es de una meridiana claridad que la obligación del asegurador en el contrato de seguro es una obligación sometida a una condición, la cual consiste en la ocurrencia del

riesgo asegurado o mejor el siniestro, de lo contrario no nacerá a la vida jurídica obligación alguna en cabeza de la compañía de seguros.

Para el caso particular del Seguro Obligatorio para Accidentes de Tránsito (en adelante SOAT) se tiene como riesgo asegurado los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios en que se incurra para la atención de una persona (víctima) a causa de un accidente de tránsito, razón por la cual la ocurrencia del siniestro sería la generación de tales gastos, siempre y cuando tengan origen en accidentes de tránsito.

Ahora bien, el artículo 1077 del código de comercio determina con toda claridad que *“corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuera el caso”*

De esta manera, se puede entender cómo en el caso de un accidente de tránsito se podrá afectar un SOAT siempre y cuando se pruebe el accidente de tránsito y la cuantía de los perjuicios causados por el mismo. Adicionalmente, tal y como lo señala la ley, la carga de la prueba recae sobre el asegurado o el beneficiario o para el caso del SOAT todo aquel que tenga derecho según sea el caso, y hasta tanto no se demuestre la obligación será inexistente de acuerdo a la teoría general de las obligaciones, puesto que toda obligación condicional únicamente nacerá a la vida jurídica una vez acaecido el hecho futuro incierto al que se ha sometido su existencia.

Al respecto señala el profesor Hernán Fabio López en su obra *Comentarios al Contrato de Seguro* **“2.4. Deber de formular reclamación. La ocurrencia del siniestro es base para que la aseguradora entre a cumplir con su obligación principal, la de indemnizar los perjuicios ocasionados por aquel. Empero, para que pueda cumplir con esa prestación, es necesario que el asegurado o beneficiario le demuestre extrajudicial o judicialmente, no solo la ocurrencia, sino la cuantía del siniestro (...)**

*Efectivamente, dos son los aspectos a los cuales se refiere la citada norma en su inciso primero (refiriéndose al citado art 1077 del C.Co.): el uno, la demostración de la ocurrencia del siniestro, **obligación que siempre debe cumplir el asegurado o beneficiario**; y el otro, la cuantía del mismo cuando sea necesario, es decir, que no siempre el asegurado o el beneficiario, como adelante lo explicaré, deben acreditar la cuantía”². (Negrilla y subrayas fuera del texto original)*

En el caso concreto, se encuentra demostrado en las pruebas aportadas por la parte actora y en los hechos de la demanda, que mi mandante objetó la solicitud de indemnización realizada por la Demandante frente a las “facturas” base de la demanda por las siguientes razones: por falta de soportes de medicamentos utilizados, actividades no soportadas en los anexos clínicos presentados, elemento o insumo no da lugar a cobro, no hay lugar a cobro de interconsulta Decreto 2423 de 1996, no aplica el cobro de honorarios por consulta pre anestésica, pre quirúrgica, pre medicación, valoración intrahospitalaria, mayor valor cobrado, soportes

² LÓPEZ BLANCO, Hernan Fabio. *Comentarios al contrato de Seguro*. Ediciones Dupré. Bogotá – Colombia 2014. P. 340 - 341

incompletos, no está soportada la utilización de la sala para el procedimiento, las tarifas cobradas no corresponden a lo pactado en el manual tarifario, entre otros.

Así las cosas, de conformidad con los mandatos legales anteriormente citados y de acuerdo con los hechos y el acervo probatorio concretamente con los documentos de objeción presentados por mi mandante se demuestra la inexistencia de la obligación en cabeza de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., dentro del proceso que nos ocupa, pues en momento alguno se probó el siniestro por parte de la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA en los términos del artículo 1077 del código de comercio y las normas específicas que rigen el SOAT en Colombia.

Ruego al Sr. Juez declarar probada la presente excepción.

SEGUNDA: INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.: OBJECIÓN SERIA Y FUNDADA A LAS “FACTURAS” PRESENTADAS POR LA SOCIEDAD DEMANDANTE.

Las objeciones o glosas presentadas por mi mandante a las facturas que pretende cobrar la sociedad demandante en este proceso son serias y fundadas, ya que estas tienen asidero jurídico en el Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996, decreto por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y Hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.

En primera medida ha de señalarse que un motivo común para glosar las facturas presentadas por la sociedad demandante es que esta pretende el reconocimiento de valores por elementos o insumos sobre los cuales no hay lugar a reconocimiento económico o bien ya se hayan incluidos dentro de otros procedimientos ya facturados, por lo que hace improcedente el cobro de estos cuando se entienden parte integral de otro concepto que ya fue cobrado y, en efecto, pagado a la sociedad demandante.

Por otro lado, al revisar el material probatorio aportado con la demanda se observa que otras de las causales de objeción al pago son la ausencia de soporte del procedimiento, insumo o elemento del cual pretende reclamarse su valor, inexistencia de pertinencia del valor cobrado por la patología de ingreso causada por el accidente de tránsito, cobro de consulta pre anestésica y pre quirúrgica sin sujetarse está a lo previsto por el parágrafo 7 del artículo 48 del decreto 2423 de 1996; liquidación ajustada de acuerdo a la tarifa SOAT vigente al momento de la prestación del servicio médico- quirúrgico; cobros por valores superiores a los precios de venta al público fijados por la autoridad competente; cobros injustificados y sin correspondencia con el manejo medico dado al paciente; no constar soporte de lo cobrado, no evidenciarse uso efectivo del procedimiento o medicamento, o no contener la orden médica, los requisitos médicos mínimos para el cobro, entre otros.

A su vez, se resalta que en su momento se indicó a la demandante que la liquidación y pago en razón a lo cobrado había estado ajustada y conforme con la tarifa SOAT vigente al momento de la prestación del servicio médico- quirúrgico, que es en efecto la aplicable al insumo o procedimiento cuyo cobro se pretende.

Ahora entraremos a precisar las razones fácticas y jurídicas que llevaron a glosar las facturas, por parte de mi poderdante, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.:

A. MATERIALES O INSUMOS INCLUIDOS EN DERECHOS DE SALA DE SUTURAS Y/O CURACIONES.

Las anteriores objeciones, todas ellas relacionadas, encuentran fundamento en que la entidad demandante pretende el reconocimiento de valores por elementos o insumos sobre los cuales no hay lugar a reconocimiento económico, por un lado; o, estos se entienden incluidos dentro de otros rubros como los derechos de sala de suturas o curaciones; por lo que no sería procedente el cobro de los mismos cuando se entienden parte integral de otro concepto que ya fue cobrado y en efecto pagado a la sociedad demandante. El reconocimiento individualizado de ciertos medicamentos, soluciones, oxígenos, materiales de sutura y curación entre otros, supondría que la entidad tendría que pagar dos veces por ellos, puesto que ya se encuentran dentro de otros conceptos como derechos de sala o acto quirúrgico.

Esta situación se hace evidente en las glosas a las facturas, en las cuales pretendían cobrarse insumos usados, por ejemplo, tubos endotraqueales y agujas desechables, los cuales en términos del artículo 40, parágrafo 2 que define qué se entiende por materiales de curación, se indica:

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

Teniendo como base la anterior definición, el artículo 54 en su único parágrafo indica que dichos insumos se entienden incluidos dentro de los derechos de sala de suturas o curación:

*“PARÁGRAFO: **Los derechos de sala para suturas o curaciones, incluyen:** uso de consultorio o sala, instrumental, **material de sutura y curación**, anestesia local y servicio de enfermería.”*

Dicha cuestión es reiterada en el artículo 55, párrafos 1° y 5°, en donde se preceptúa que estos insumos se entienden incluidos dentro de los valores de la sala de sutura o curaciones, por lo que no hay lugar al cobro de los mismos:

“PARÁGRAFO 1: Los materiales de sutura y curación, definidos en el parágrafo 5 del Artículo 55 y los elementos de anestesia, tales como: tubos endotraqueales y de conexión, máscaras y catéteres intravasculares, que se utilicen en las intervenciones clasificadas en los grupos especiales 20 a 23, se pagarán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al

público fijado por la autoridad competente. **Las drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, quedan incluidos en los derechos de sala;** se exceptúan las drogas, medicamentos y soluciones que se consuman durante el acto quirúrgico en las intervenciones cardiovasculares, clasificados en los grupos especiales 22 a 23 las cuales se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para la venta al público fijado por la autoridad competente.

(...)

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

Conforme a las disposiciones legales citadas, los valores objetados con base en dichas causales pretendían ser cobrados de forma individual, no siendo esto procedente como quiera que, como se expuso, ya se entienden liquidados dentro de otro rubro.

La presente objeción se evidencia respecto de las facturas: 179051, 180317, 179192, 179322, 180414, 179002, 174529, 180867, 177934, 178226.

B. IMPERTINENCIA DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN LESIONES Y HALLAZGOS

Debe ponerse de presente que frente a los cobros efectuados por la IPS, son varios los casos en los que mi poderdante alegó la falta de pertinencia de los procedimientos que pretendían ser cobrados. Ante esta situación, se explicó a la entidad demandante por parte de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., que no se evidenciaba relación o justificación alguna entre el procedimiento realizado al paciente y/o el medicamento suministrado y la condición del mismo y/o el actuar posterior de la IPS. Por ende, no resultaba procedente el cobro que se realiza.

La anterior objeción se puso de presente en las glosas a las facturas: 179888, 178172, 178226, 177585, 177585, 177757, 180455, 179192, 179322, 182406, 182017, 173702, 173940, 178471, 178609, 174823, 177573, 174331, 174488, 175329, 179768, 179872, 181922, 181399, 180324, 179390, 179811, 179055, 174525, 178924, 181518, 181519

C. COBRO DE HONORARIOS POR CONSULTA PRE ANESTÉSICA, CONSULTA PRE QUIRÚRGICA Y CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA AL ESTAR INCLUIDOS EN OTROS CONCEPTOS

DEBIDAMENTE PAGADOS CONFORME LO DISPONE EL ARTICULO 75 Y 76 DEL DECRETO 2423 DE 1996.

Respecto de la objeción que nos ocupa, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., puso de presente de forma escrita y soportada a la entidad demandante que “las facturas” cuyo cobro se pretendía, que no aplica el cobro de honorarios por consulta pre anestésica y consulta pre quirúrgica puesto que ya se encuentran incluidas en el cobro por procedimiento quirúrgico según los artículos 75 y 76 del decreto 2423 de 1996.

La entidad demandante pretende el cobro individualizado de estos procedimientos (consulta pre anestésica y/o pre quirúrgica) queriendo obviar que los mismos se realizaron dentro del marco de preparación para un procedimiento quirúrgico que le fue practicado al paciente y cuyo pago se entiende realizado en el momento en que se canceló el valor por el procedimiento quirúrgico a la entidad o bien al ser pagadas las tarifas de servicios profesionales que se reconocen por el respectivo procedimiento a cirujanos y demás especialistas.

El pago individualizado de estos procedimientos, solo surge, según lo establecido en el artículo 48 del Decreto 2423 de 1996, cuando:

“Parágrafo 1: Las tarifas correspondientes a los conceptos “valoración” y consulta pre anestésica y prequirúrgica se reconocerán por una sola vez en cada paciente, siempre y cuando se cause el servicio en tratamientos no quirúrgicos u obstétricos con excepción de psiquiátrico en programa “Hospital de Día”, el valor es adicional al establecido por concepto del cuidado diario intrahospitalario. Este último, se reconocerá por el número de días de permanencia del paciente incluido el de ingreso y el de egreso.”

Situación que no se enmarca dentro de lo acontecido en la atención brindada a los pacientes por cuya atención se pretende cobrar; la situación fáctica de la atención prestada por la clínica demandante, se enmarca a su vez dentro de lo indicado en el artículo 75 del mismo decreto en su inciso 1°:

“ ARTÍCULO 75: La consulta pre anestésica y prequirúrgica de las intervenciones clasificadas en los grupos 02 y 03, la premedicación, la valoración intrahospitalaria del Cirujano previa al acto quirúrgico, los controles intra-hospitalarios y ambulatorios, posteriormente a la realización de la intervención, están incluidos en las tarifas de servicios profesionales que se reconocen por el respectivo procedimiento a los cirujanos, ginecoobstetras, anesthesiólogos y demás especialistas, hasta la recuperación del paciente, considerándose como límite máximo quince días (15). (...)”

Igualmente, el artículo 76 del mentado decreto establece que “**No habrá derecho a reconocimiento de interconsulta, cuando esta origine la práctica de intervención o procedimiento que deba realizar el especialista consultado**”. Descartando de ese modo el cobro de honorarios por consulta ambulatoria de medicina especializada, ya que deriva de un procedimiento quirúrgico.

Conforme a las disposiciones legales citadas, mal hace la sociedad demandante al pretender el cobro individualizado de las mencionadas atenciones si estas fueron brindadas y se entienden parte integral del proceso quirúrgico que se le practicó al paciente, o de la tarifa de servicios profesionales que se reconocen por el respectivo procedimiento a cirujanos y demás especialistas, y que, por ende, ya fueron facturadas y pagadas a la sociedad demandante cuando se canceló lo debido por procedimiento quirúrgico.

La precitada objeción se incluyó dentro de la glosa a la factura No. 176594, 179051, 182406, 181399, 180867,

D. POR FALTA DE EVIDENCIA DE USO EFECTIVO O REALIZACION EFECTIVA DEL PROCEDIMIENTO COBRADO.

Esto evidencia precisamente la ausencia de acreditación del siniestro y de la cuantía de la pérdida, requisitos exigidos por el artículo 1077 del código de comercio, por lo que, de contera, a mi mandante no le era exigible proceder al pago respectivo.

Dicha objeción se presentó respecto de las facturas: 178226, 177585, 180455, 181335, 182406, 178471, 179768, 179872, 181399, 179055, 174525, 178924, 179786, 181518, 181519, 181921, 177933, 181646,

E. PAGO SEGUN TARIFA SOAT LEGAL VIGENTE Y SEGÚN SOPORTES APORTADOS JUNTO CON LA SOLICITUD DE INDEMNIZACION

Respecto de la objeción que nos ocupa, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., puso de presente de forma escrita y soportada a la entidad demandante que “las facturas” cuyo cobro se pretendía, correspondientes a los numerales citados se cancelaron según la tarifa SOAT legal vigente establecida para la fecha de la atención médica y fue tal circunstancia lo que arrojó valores mínimamente inferiores a lo cobrado y que ya fueron pagados, tal y como lo ha estipulado el artículo 56 del decreto 2423 de 1996

Dicha objeción se dio respecto a las facturas: 178172, 178226, 177585, 177585, 178279, 177757, 177783, 180455, 181335, 179051, 180317, 180414, 179002, 182017, 173940, 181399, 181921, 180207, 181646, 178872, 178934,

F. PROCEDIMIENTO QUE SE ENCUENTRA INCLUIDO EN ATENCIÓN BÁSICA DE URGENCIAS

Respecto de la objeción que nos ocupa, QBE SEGUROS SA sostuvo la glosa generada por los procedimientos realizados en la sala como quiera que el costo de los mismos, de conformidad con el decreto 2423/1996 se encontraba incluido dentro del costo de la atención básica de urgencias, cuestión en razón a la cual no procedía el cobro de manera separada, lo que de

contera demostró que en lo relativo a esta factura y al cobro puntual pretendido, no se acreditaron los requisitos establecidos en el artículo 1077 de Cód. Co.

Dicha objeción se dio respecto a las facturas: 176594, 177640, 177783, 178161, 178279, 177757, 178172.

G. A LA FECHA NO HAN SIDO DESVIRTUADAS LAS GLOSAS PRESENTADAS POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. – SE ENTIENDEN ACEPTADAS LA TOTALIDAD DE LAS GLOSAS POR NO HABER SIDO DESVIRTUADAS EN EL TÉRMINO SEÑALADO EN LAS NORMAS QUE REGULAN EL SOAT.

Finalmente, se observa que otra de las causales recurrentes de objeción al pago es la ausencia de soporte del procedimiento, insumo o elemento del cual pretende reclamarse su valor, inexistencia de indicación para su cobro o pertinencia del valor cobrado por la patología de ingreso causada por el accidente de tránsito. Por lo que en su momento se le requirió a la parte demandante a allegar soporte de los valores a reclamar para proceder al pago si a este hubiera lugar, transcurrido el término legal que la sociedad demandante tenía para acreditar su pretensión esta no logró hacerlo por lo que la misma se entendió desistida en los términos del artículo 6 del Decreto 3990 de 2007, en armonía con el artículo 38, del Decreto 056 de 2015 que señala:

Decreto 3990 de 2007:

“Parágrafo 1°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de *Salud deberán atender las objeciones dentro del mes siguiente a la notificación*, para cuyo efecto *deberán soportar debidamente su pretensión*.

(...)

“Cuando la IPS no desvirtúe las objeciones dentro del término establecido, se entiende que las acepta y desiste de su reclamación, (...).” (Negrilla y subraya propia).”

Decreto 056 de 2015:

“Artículo 38. Término para resolver y pagar las reclamaciones. Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente decreto, 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 moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.” (Negrilla fuera de texto original).

Lo anterior se encuentra suficientemente fundamentado a partir de las pruebas documentales y será demostrado en el devenir del proceso.

TERCERA: INEXISTENCIA DE OBLIGACION O RESPONSABILIDAD EN CABEZA DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A – AUSENCIA DE DERECHO DE LA PARTE DEMANDANTE Y CUMPLIMIENTO PLENO DE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A DE ACUERDO CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL CONTRATO DE SEGURO Y EN PARTICULAR EL SOAT.

Fundo la presente excepción teniendo en cuenta que, en el presente caso, no existe obligación alguna en cabeza de la aseguradora cuyos intereses represento de realizar el reconocimiento y pago de los saldos de las facturas indicadas en la demanda.

Ello por cuanto, con base en las excepciones mencionadas, puede apreciarse con meridiana claridad el cumplimiento de las obligaciones del asegurador en el contrato de seguro que nos ocupa, primero, por cuanto la sociedad demandante no configuró una reclamación válida en los casos indicados en la demanda y adicionalmente, no se encuentran contenidas en un título ejecutivo, por cuanto no cumplen los requisitos establecidos por las normas para tales efectos. En ese sentido, hasta la fecha, la demandante se ha abstenido de acreditar con respecto a los saldos de las facturas de venta, que la atención médica prestada se originó en accidentes de tránsito o realiza solicitudes de indemnización inválidas que contrarían las disposiciones que rigen el SOAT, por lo que mi poderdante no tiene obligación alguna en el presente caso derivada de pólizas SOAT que la parte demandante ni precisa ni acredita. Dicho en otras palabras, no se ha cumplido con los deberes previstos en el artículo 1077 del C.Co. y en el decreto 056 2015 y demás normas aplicables al SOAT.

Por su parte, según se indicó, con respecto a los saldos de las facturas cuyo pago se solicita con la demanda, la obligación en cabeza de mi mandante se encuentra en el presente caso satisfecha y por lo tanto extinguida por haberse pagado previo a la presentación de la demanda que nos ocupa, los saldos cuyo cobro se pretende por medio del presente proceso fueron pagados de forma completa u oportuna y debidamente objetados por no ajustarse a los requisitos de ley, ya que como se observa en los documentos aportados junto con la demanda, la mayoría de las objeciones hechas a las facturas se sustentan en las normas que regulan el SOAT por las circunstancias que se indicaron en el presente escrito y que se evidencian en cada una de las respuestas presentadas por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

De igual manera, la entidad demandante tenía un plazo legal para desvirtuar las objeciones a los saldos de las facturas aportando las pruebas y completando la documentación para acreditar la efectiva prestación de los servicios médicos quirúrgicos reclamados, vencido tal plazo si la IPS no logra desvirtuar las objeciones se entienden estas aceptadas y desiste de su reclamación; lo anterior en atención y cumplimiento de lo establecido en el artículo 6, parágrafo 1 del Decreto 3990 de 2007, en armonía con el artículo 38 del Decreto 056 de 2015, norma que es del siguiente tenor:

“Artículo 6°. 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.

Parágrafo 1°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán atender las objeciones dentro del mes siguiente a la notificación, para cuyo efecto deberán soportar debidamente su pretensión

Las compañías de seguros contarán con un plazo de quince (15) días contados a partir de la fecha en que la IPS desvirtúe las objeciones, para cancelar el saldo restante del valor de los gastos reclamados o en su defecto notificar a la IPS que se mantienen los motivos de la objeción.

Cuando la IPS no desvirtúe las objeciones dentro del término establecido, se entiende que las acepta y desiste de su reclamación (...)

Decreto 056 de 2015: Artículo 38.

(...)

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.

(...)

Lo anterior ocurrió en el presente proceso, dado que la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NO subsanó las falencias en relación con una cantidad importante de facturas y en consecuencia por expresa disposición legal se entiende que desistió de las referidas reclamaciones, ya que dejó pasar el término de legal para desvirtuar las objeciones presentadas por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A

Finalmente, debe resaltarse que en el caso concreto, mi mandante objetó o glosó las facturas presentadas por la entidad demandante con base en razones serias y fundadas, al respecto comedidamente solicito al Despacho revisar el documento aportado en copia magnética titulado “**ESTADO DE CARTERA**”, en donde se señala un número importante de facturas frente a las cuales la parte actora presentó solicitudes de indemnización por lo que no se entiende con qué sustento la CLINICA DE FRACTURA Y ORTOPEDIA LTDA solicita el pago de obligaciones prescritas o que ya fueron pagadas acorde con la Ley o frente a las cuales no se acreditaron los requisitos exigidos por las normas a efectos de probar el siniestro o frente a las cuales no se cumplían los requisitos para realizar esos cobros contenidos en el Decreto 2423 de 1996.

Así las cosas, de conformidad con los mandatos legales mencionados y de acuerdo con los hechos y el acervo probatorio se demuestra la inexistencia de la obligación en cabeza de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., dentro del proceso que nos ocupa.

Ruego al Sr. Juez declarar probada la presente excepción.

CUARTA: PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

La prescripción como modo de extinguir las obligaciones por el no ejercicio del derecho dentro de un plazo determinado en la ley encuentra su fundamento en la necesidad de darles a las relaciones jurídicas consistencia y estabilidad. No puede perderse de vista que lo que solicita la parte demandante es declarar la existencia de una inexistente obligación con cargo a pólizas de seguro SOAT que no identifica ni precisa.

De esta manera, deben tenerse en cuenta las disposiciones que rigen el contrato de seguro previstas en nuestro ordenamiento mercantil y aquellas que, en particular, rigen el SOAT.

En cuanto al contrato de seguro, la prescripción hace referencia a la imposibilidad de ejercitar las acciones derivadas del mismo luego del transcurso de un periodo determinado de tiempo, el cual específicamente se prevé en nuestro Código de Comercio, así:

“Art. 1081. - La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes". (Negrillas nuestras).

En la norma transcrita, se evidencian dos tipologías de prescripción diferenciables plenamente y, por demás, excluyentes entre sí, pero aplicables a todo tipo o clase de seguros y de las cuales destacamos algunos aspectos, así:

La prescripción ordinaria se encuentra consagrada en el inciso 2 del artículo 1081 y corresponde a aquella que tiene un término de 2 años, contados desde que el “interesado” ha “tenido o debido tener” conocimiento del “hecho que da base a la acción”.

Brevemente indicaremos que esta es la denominada por la doctrina y la jurisprudencia nacionales en forma unánime, prescripción subjetiva toda vez que el lapso temporal previsto por la Ley empieza a contarse no desde el hecho que da nacimiento a la acción sino desde el conocimiento, se destaca, real o presunto, que de ese “factum” pueda tener aquel que tenga la titularidad de la misma o, lo que es equivalente, el “interesado” en ejercerla.

Derivado de este mismo hecho de ser una prescripción de tipo subjetivo resulta claro en el contexto jurídico nacional que es un tipo de prescripción que se suspende en favor de incapaces.

Por otro lado, la prescripción extraordinaria, es conocida también como prescripción objetiva, ya que ésta “...*irrumperá a partir del surgimiento, en el cosmos jurídico, del respectivo derecho, independientemente de cualquier enteramiento que sobre su existencia tenga o no el titular; basta pues su floración, como tal, para que la prescripción extraordinaria empiece a correr*”^[1] razón por la cual, para esta, a diferencia de la ordinaria, el artículo 1081 del Código de Comercio indica que empieza a correr desde el momento mismo que “nace el respectivo derecho” y el término previsto por la Ley para su configuración es de 5 años.

El término de prescripción del contrato de seguro en efecto resulta aplicable para asuntos de reclamaciones realizadas por Prestadores de Servicio de Salud y, en lo demás, en todo lo relativo a acciones derivadas del contrato de Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, según remisión expresa del numeral 4° del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, que consagra:

En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto. (Subrayas y negrillas fuera del original)

Sobre el particular la doctrina más autorizada sobre la materia ha expuesto con maestría que: “*Antes de la expedición del Decreto 056 de 2015, la prescripción del SOAT no tenía una regulación expresa, de tal suerte que por la disposición expresa del numeral 4° del artículo 192 del Estatuto, resultaban aplicables al SOAT las disposiciones del Código de Comercio*

[1] Corte Suprema de Justicia, Sentencia de 29 de junio de 2007.

relacionadas con la prescripción del contrato de seguros. En ese sentido, para efectos de la prescripción del SOAT, nos debíamos remitir al artículo 1081 del Código de Comercio³.

En punto al análisis de la prescripción ordinaria aplicable a este tipo de procesos y el momento desde el cual comienza a correr dicho término de dos (2) años, la Superintendencia Financiera de Colombia mediante concepto No. 2008026912-001 del 16 de julio de 2008 considero lo siguiente:

*“En el mismo sentido el tratadista Hernán Fabio López señala: “Es el siniestro –no otra cosa puede serlo- el hecho al cual se refiere la disposición, hecho que, reunidos otros requisitos, servirá de fundamento para el ejercicio de la acción exitosa pero que no marca la iniciación del momento en que comienza a contarse **el término de la prescripción**, porque este **empieza a correr** independientemente de la presentación o no de la reclamación **desde que se conoció, o debió conocerse, el siniestro (prescripción ordinaria)** o desde el momento mismo del siniestro (prescripción extraordinaria)”⁴.*

*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.* (Negrilla fuera de texto).⁵

Ahora bien, para el caso concreto, es claro que el hecho que dio base a la acción de la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA., fue la atención de cada uno de los pacientes. Así las cosas, la parte demandante contaba con un plazo MÁXIMO de dos (2) años para ejercer las acciones derivadas del SOAT frente a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., aportando en todo caso la documentación completa. Asimismo, considerando que la parte demandante radicó la demanda el día **08 de JULIO de 2020, las atenciones médicas por las cuales se expidieron las facturas que pretenden cobrarse en este proceso, debieron haberse prestado con posterioridad al 08 de JULIO de 2018**, porque de lo contrario, todas aquellas facturas en las que la fecha de atención médica se dio con anterioridad a dicha fecha, se encuentran prescritas.

Por lo tanto, solicito respetosamente al Despacho declarar que cualquier obligación indemnizatoria que hubiere llegado a surgir a cargo de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., con ocasión de los hechos objeto del proceso, con respecto a los saldos

³ Palacios Sánchez Fernando, Seguros Temas Esenciales, Cuarta Edición. ECOE Ediciones, Universidad de La Sabana. Bogotá, 2016, Página 240-241.

⁴ López Blanco Hernán Fabio, Comentarios al Contrato de Seguro. Tercera Edición. Dupre Editores. Bogotá, 1999, página 241.

⁵ Superintendencia Financiera de Colombia, Concepto No. 2008026912-001 del 16 de julio de 2008

de todas aquellas facturas cuya atención médica haya sido prestada por la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA con anterioridad al 17 de abril de 2015, se extinguió en virtud de la consolidación del fenómeno de la prescripción extintiva del contrato de seguro contenida en el art 1081 del C. de Co.

QUINTA: EXCEPCIÓN GENÉRICA.

Se propone para que se dé aplicación a lo previsto en el inciso 1 del artículo 282 del Código General del Proceso.

VI. FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO DE LA DEFENSA FRENTE A LA DEMANDA:

Constituyen fundamento de la presente contestación de demanda y llamamiento en garantía las siguientes normas:

1. Título IV del Código Civil
2. Artículos 1054, 1056, 1072, 1077, 1081 y 1103 del Código de Comercio.
3. El inciso 1° del artículo 306 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el inciso 1° del artículo 282 del Código General del Proceso.
4. Decreto 2423 de 1996
5. Decreto 056 de 2015
6. Decreto 663 de 1993 – Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Las demás normas concordantes, afines o complementarias.

VII. PETICIÓN DE PRUEBAS:

1. Testimonial.

- Solicito se decrete el testimonio del Sr. JAMIR CARRILLO. quien se desempeña como Subcoordinador del área de cartera y Conciliaciones SOAT de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., o quien haga sus veces, para que declare sobre todo lo que le conste en relación con el estado de trámite, pago y objeción de las facturas a las que hace referencia la demanda y esta contestación, así como declare en general sobre todo aquello que le conste sobre los hechos y defensas de este asunto. El testigo puede ser

citado en la Carrera 11 No. 93 – 46 Piso 7 de Bogotá D.C o en el correo electrónico Jcarrillo@rgc.com.co.

Para la práctica del testimonio del Señor JAMIR CARRILLO amablemente solicito se permita que la declaración del tercero se efectuó a través de medios técnicos, electrónicos o tecnológicos con fundamento en el artículo 224 del C.G.P. o en su defecto se libre Despacho comisorio a los juzgados civiles municipales de Bogotá D.C. para tal efecto.

2. Interrogatorios de Parte.

- Solicito de manera respetuosa se fije fecha y hora para interrogar a la Sra. **MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS** en su calidad de Representante Legal de la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA o quien haga sus veces, con el fin de que conteste las preguntas que le formularé personalmente o mediante escrito presentado ante el Despacho, respecto de los hechos y pretensiones de la demanda.

3. Documentales

- Documento nominado “Estado de Cartera”, donde se relacionan uno a uno los casos con los motivos de glosa u objeción por parte de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
- Glosas presentadas por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., frente a las facturas base de la ejecución.
- Resolución No. 1915 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución No. 1136 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Concepto Superintendencia de Salud, asunto referenciado: 3-2014-018905.

VIII. ANEXOS


- Los relacionados en el acápite de las pruebas.
- Poder debidamente otorgado por el representante legal de la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., el cual obra en el expediente.
- Certificado de existencia y representación legal de Seguros Generales Suramericana S.A.

IX. NOTIFICACIONES:

- Mi poderdante, en la Carrera 63 N° 49ª - 31, Piso 1 Edificio Caracol, Medellín - Antioquia.

- Los demandantes y demandados en las direcciones indicadas dentro del escrito de demanda y en las contestaciones de demanda, respectivamente.
- El suscrito, en la carrera 7 N° 3A - 157 Sur, Oficina 101. Correo electrónico rantunduaga@arcaabogados.com o en la secretaria del Juzgado.

Atentamente,



RODRIGO A. ARTUNDUAGA CASTRO
C.C. N°. 7.724.012 de Neiva - Huila
T.P. N° 162.116 del C. S. de la J.

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 01915 DE 2008****(28 MAY 2008)**

Por la cual se adoptan los formularios para reclamar las indemnizaciones derivadas de los amparos de que trata el Decreto 3990 de 2007 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las consignadas en los artículos 3º y 4º del Decreto 3990 de 2007

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO. Adopción de los formularios. Para efecto de las reclamaciones de que trata el Decreto 3990 de 2007, adóptense los formularios que se señalan a continuación, los cuales hacen parte integral de la presente resolución:

1. 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**-.
2. Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con ocasión a los servicios prestados de rehabilitación y suministro de prótesis – **FURPRO**-
3. Formulario Único de reclamación de indemnizaciones por parte de las Personas Naturales Víctimas de Accidente de Tránsito y Eventos Terroristas o Catastróficos o sus Beneficiarios para la Reclamación de Indemnizaciones por Gastos Funerarios o muerte de la Víctima. –**FURPEN**-.
4. Formulario Único de Reclamación de Gastos de Transporte y Movilización de Víctimas – **FURTRAN**
5. Formulario único de certificación para el censo de víctimas – Eventos terroristas o Catastróficas – **FURCEN**-.

ARTICULO SEGUNDO. Diligenciamiento de los formularios. Los formularios adoptados en la presente resolución se diligenciarán así:

1. Los formularios FURIPS, FURPRO y FURPEN, indicados en los numerales 1, 2 y 3 del artículo precedente, deberán ser diligenciados de manera individual para cada paciente y reclamación que se presente.
2. El formulario FURTRAN de que trata el numeral 4 del artículo anterior, deberá ir acompañado de la relación de víctimas trasladadas y sobre las cuales se hace la reclamación respectiva.
3. El formulario FURCEN señalado en el numeral 5 del artículo anterior, deberá ser diligenciado por los Comités Locales y/o Regionales de emergencia y certificados por la autoridad competente de acuerdo a las instrucciones establecidas en los mismos.

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los formularios para reclamar las indemnizaciones derivadas de los amparos de que trata el Decreto 3990 de 2007 y se dictan otras disposiciones"

PARAGRAFO. Para presentar la reclamación respectiva ante el pagador de la atención, los formularios diligenciados de la manera señalada, deberán ir acompañados de los documentos que soporten la reclamación hecha, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 3990 de 2007.

Para la Reclamación de Indemnizaciones por Gastos Funerarios y la Reclamación de indemnización por Muerte de la Víctima, también será válido el certificado de defunción o registro civil de defunción expedido por la autoridad competente.

Para la acreditación del certificado de atención médica por parte de los prestadores de servicios de salud, se deberá anexar la epicrisis con los datos definidos en la Resolución 3374 de 2000 o la norma que la modifique, adicione o sustituya; además el médico o profesional de la salud que la suscriba, deberá certificar en este documento que por los hallazgos clínicos se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona fue un accidente de tránsito, un evento catastrófico o terrorista, según corresponda conforme a lo previsto en el Decreto 3990 de 2007.

ARTICULO TERCERO. Implementación de los formularios. Los formularios físicos FURIPS, FURPEN, FURPRO, FURTRAN y FURCEN que se adoptan en la presente Resolución, se recibirán por parte del pagador de la reclamación, acompañados de sus respectivos soportes, excepto el anexo técnico a que se refiere el artículo siguiente, a partir del mes siguiente a la publicación de la presente resolución, hasta el 31 de agosto de 2008.

Para la reclamación de personas naturales la presentación del anexo técnico será opcional.

PARAGRAFO. Entre el 1 de junio de 2008 y el 31 de agosto de 2008, la presentación de anexos técnicos de los formularios adoptados en el artículo 1° de la presente Resolución, se hará de manera opcional por los reclamantes.

ARTÍCULO CUARTO. Presentación de los formularios. Los formularios adoptados en el artículo 1° de la presente Resolución deberán presentarse a partir del 1 de septiembre de 2008, en medio físico y magnético, este último en el anexo técnico, que para el efecto defina la Dirección General de Planeación y Análisis de Política del Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO 1°. El Administrador Fiduciario generará las herramientas técnicas de validación para la verificación de los archivos antes de la presentación al FOSYGA, así como las herramientas que permitan a las personas naturales apoyarse para el diligenciamiento de los formularios.

PARÁGRAFO 2°. Para los Prestadores de los Servicios de Salud, el medio magnético de que trata el presente artículo, deberá contener la firma digital del Representante legal del respectivo prestador del servicio y será de obligatorio cumplimiento a partir de la implementación de los anexos técnicos.

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los formularios para reclamar las indemnizaciones derivadas de los amparos de que trata el Decreto 3990 de 2007 y se dictan otras disposiciones"

PARÁGRAFO 3º A partir del 1 de septiembre de 2008 y en el evento de no cumplir con el completo diligenciamiento de los formularios adoptados en la presente resolución así como de los anexos técnicos y la presentación de todos los soportes, las solicitudes serán devueltas a la entidad o persona natural reclamante. En estos casos la devolución por parte del administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA se hará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la radicación de la reclamación.

PARÁGRAFO 4º De acuerdo con la estructura de los anexos técnicos adoptados para la presentación de reclamaciones por parte de los prestadores de los servicios de salud y demás entidades habilitadas, se permitirá la presentación en un solo archivo, de la totalidad de los formularios de reclamaciones por los servicios médico quirúrgicos farmacéuticos y hospitalarios prestados en el mes anterior a la presentación.

ARTÍCULO QUINTO. Reclamaciones menores o iguales a un cuarto de salario mínimo legal vigente. A partir del 1 de Septiembre de 2008, las reclamaciones de las que trata el artículo 14 del Decreto 1281 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, tales como consultas ambulatorias, servicios odontológicos ambulatorios, exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas de diagnóstico ambulatorios, procedimientos terapéuticos ambulatorios, medicamentos de uso ambulatorio, insumos y atención inicial de urgencias dentro de las coberturas que pueden ser recobradas con cargo a la subcuenta ECAT, serán presentadas por los prestadores de servicios de salud y demás entidades habilitadas, en el Formulario Único de Reclamaciones de los Prestadores de Servicios de Salud –FURIPS junto con su anexo técnico. En estos casos el soporte de la reclamación será el comprobante del servicio recibido por parte del usuario en la factura o cuenta de cobro ó en el formulario que la entidad diseñe para tal efecto, además de los requisitos estipulados en el artículo 4º del Decreto 3990 de 2008 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

ARTÍCULO SEXTO. Término para radicar las solicitudes de reclamación. A partir del 1 de Septiembre de 2008, los prestadores de servicios de salud deberán presentar las reclamaciones dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.

En los casos en que una reclamación presente devolución por glosa o pago parcial, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás entidades, tendrán un término de 1 mes para la presentación ante el FOSYGA, de la aclaración de la glosa de la reclamación presentada inicialmente. La IPS en la presentación ante el FOSYGA de la aclaración de la glosa deberá hacer referencia al radicado inicialmente asignado y el FOSYGA revisará con prioridad estas reclamaciones.

De no asociar la aclaración de la glosa al número anterior de radicación y como consecuencia de esto inducir a un error en el trámite de la reclamación; una vez detectado cada caso el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA pondrá en conocimiento de las entidades de control y vigilancia del sector para lo de su competencia.

PARÁGRAFO. Los términos definidos en este artículo no aplican para las reclamaciones presentadas por personas naturales.

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los formularios para reclamar las indemnizaciones derivadas de los amparos de que trata el Decreto 3990 de 2007 y se dictan otras disposiciones"

ARTÍCULO SÉPTIMO. Para cualquier trámite de reclamación ante el FOSYGA, las entidades y personas naturales deben allegar los documentos originales que acreditan la calidad de la víctima y el evento sobre el cual realiza la reclamación. Conforme lo señala el artículo 15 del Decreto – Ley 1281 de 2002 será válida la presentación de las copias de los documentos cuando no sea posible aportar el original y no genere duda sobre la veracidad de los hechos a ser demostrados con ella.

ARTICULO OCTAVO. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, una vez sean difundidos los formatos correspondientes para lo cual se define un plazo de un (1) mes.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 28 MAY 2008

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

Elaboró: Carmen Eugenia Dávila- Alexander Lagos
Revisó: Luisa Fernanda Bellini Pérez.
Gisella Rivera Sarmiento.
Andrea Hurtado Neira.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO **001136** DE 2012

(18 MAY 2012)

Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008

LA MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, en especial, las conferidas por los artículos 3 y 4 del Decreto 3990 de 2007 y,

CONSIDERANDO:

Que mediante Decreto 3990 de 2007 se reglamentó la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, se establecieron las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas y las condiciones generales del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito - SOAT.

Que en sus artículos 3º y 4º se reguló lo correspondiente a la acción para reclamar a la entidad aseguradora o a la subcuenta Ecat del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA las indemnizaciones por las coberturas otorgadas y la necesidad de acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, paralelo con lo cual, se facultó al entonces Ministerio de la Protección Social para establecer los formularios en los que se debe presentar la respectiva reclamación.

Que fue así como por Resolución No. 1915 de 2008, se adoptaron dichos formularios y entre otros, 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–”*.

Que el artículo 6 del Decreto-Ley 0019 de 2012, señaló que los trámites establecidos por las autoridades deberán ser sencillos, eliminarse toda la complejidad innecesaria y que los requisitos exigidos a los particulares deberán ser racionales y proporcionales a los fines que se persigue cumplir.

Que en consecuencia, se hace necesario adicionar un inciso al párrafo 3 del artículo 4 de la Resolución 1915 de 2008, en el sentido de indicar que las reclamaciones presentadas por las IPS, encaminadas al reconocimiento de indemnizaciones por servicios médicos quirúrgico, serán devueltas en el evento de que no sean diligenciados los campos obligatorios del Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en

Handwritten initials

Handwritten initials

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos—**FURIPS**—, conforme a la modificación del instructivo para su diligenciamiento que se efectúa con la presente resolución.

Que en mérito de lo expuesto

RESUELVE:

Artículo 1. Modifícase el párrafo 3 del artículo 4 de la Resolución 1915 de 2008, en el sentido de adicionar un inciso, el cual quedará así:

*"**PARÁGRAFO 3º** A partir del 1 de septiembre de 2008 y en el evento de no cumplir con el completo diligenciamiento de los formularios adoptados en la presente resolución, así como de los anexos técnicos y la presentación de todos los soportes, las solicitudes serán devueltas a la entidad o persona natural reclamante. En estos casos, la devolución por parte del administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA se hará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la radicación de la reclamación.*

Tratándose de reclamaciones de indemnización por servicios médico – quirúrgicos presentadas por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, se procederá a su devolución en el evento de que no cumplan con el diligenciamiento de los campos obligatorios del Formulario Único de Reclamación de los Prestadores de Servicios de Salud por Servicios Prestados a Víctimas de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito – FURIPS; el diligenciamiento de sus anexos y cuando no se presenten todos los soportes."

Artículo 2. Modifícase el instructivo de diligenciamiento del "FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO" - "INSTRUCTIVO – FORMATO FURIPS" contenido en el Anexo Técnico que forma parte integral de la Resolución 1915 de 2008, el cual quedará como lo señala el anexo técnico de la presente resolución.

Artículo 3. Las modificaciones del instructivo de diligenciamiento del "FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO" - "INSTRUCTIVO – FORMATO FURIPS", que se efectúan a través de la presente resolución, se aplicarán a:

1. Las reclamaciones de indemnización por servicios médico quirúrgicos presentadas ante el FOSYGA con posterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución, así como las presentadas con anterioridad respecto de las cuales no se haya culminado el proceso de auditoría.
2. Las reclamaciones presentadas con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución que hayan sido glosadas y cuya

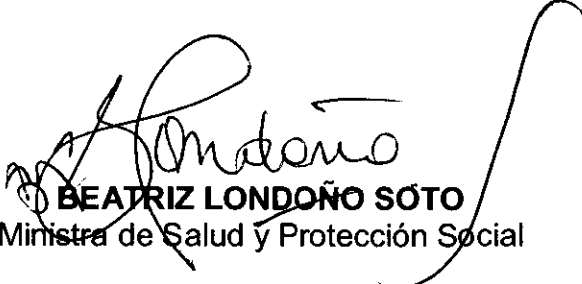
Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

contestación a glosa se presente con posterioridad a su entrada en vigencia.

Artículo 4. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica en lo pertinente tanto el parágrafo 3 del artículo 4 de la Resolución 1915 de 2008 como su anexo técnico.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., a los 16 MAY 2012


BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Ministra de Salud y Protección Social

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

ANEXO TÉCNICO

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FURIPS

I. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FURIPS

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO

INSTRUCTIVO – FORMATO FURIPS

Nota: Este formato aplica para la presentación de reclamaciones de prestadores de servicios de salud, el cual deberá ser diligenciado por cada víctima de Evento Catastrófico o de Accidente de Tránsito.

I. INSTRUCCIONES GENERALES

- a) Se debe diligenciar en forma individual para cada paciente y reclamación que se va presentar, siempre y cuando los servicios reclamados sean diferentes a los anteriormente presentados.
- b) Se debe diligenciar en original en forma clara y sin enmendaduras.
- c) El original del formulario junto con sus soportes se presentará al Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, o a la entidad que el Ministerio de Salud y Protección Social determine para tal efecto y una copia se archivará en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, junto con las copias de los demás documentos correspondientes a los servicios prestados al paciente y con la historia clínica.
- d) El presente formato debe presentarse en medio magnético conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presentación de la reclamación.

II. RADICACIÓN

- **Fecha de Radicación.** Campo diligenciado por el FOSYGA o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.
- **Número de Radicación.** Campo diligenciado por el FOSYGA o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

- **No. Radicado Anterior.** Campo diligenciado por el prestador de servicios de salud en los casos en que la presentación corresponda a una reclamación por pago parcial o respuesta a glosa. Debe escribirse el radicado dado por el FOSYGA en la primera presentación. Para este caso debe marcarse el espacio RG (respuesta a glosa). Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando corresponda.
- **No. Factura/Cuenta de cobro.** Campo diligenciado por el prestador de servicios de salud con el consecutivo interno dado por ésta a la reclamación. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

III. DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

Razón Social: Escriba el nombre o razón social del Prestador de Servicios de Salud. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

Código de inscripción de habilitación del prestador: Escriba el código del prestador asignado por la Dirección Departamental o Distrital de Salud conforme a las normas vigentes, al realizar la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

Número de Nit: Escriba el número de NIT registrando en cada casilla un número y el dígito de verificación sin incluir guion ni otro separador. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

IV. DATOS DE LA VÍCTIMA

Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre: Escriba los nombres y apellidos de la víctima de forma legible en cada una de las casillas diseñadas para cada campo. Estos campos son de obligatorio diligenciamiento.

Tipo de Documento de Identidad: Este campo es de obligatorio diligenciamiento. Marque con una X el tipo de documento, según corresponda:

CC = Cédula de Ciudadanía.
CE = Cédula de Extranjería.
PA = Pasaporte.
TI = Tarjeta de Identidad.
RC = Registro Civil.
AS = Adulto sin identificación
MS = Menor sin identificación

En los casos en que la víctima sea persona no afiliada al SGSSS, no tenga identificación y no sea posible obtener la misma por parte de la institución prestadora de servicios de salud, su identificación corresponderá al tipo AS (adulto sin identificar) o MS (menor sin identificar) según sea el caso y su

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

número se señalará así: Código del departamento + código del municipio (del lugar donde ocurrió el evento) + NN + historia clínica del paciente. Ejemplo: 05001NN15257, de conformidad con la siguiente tabla:

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + S+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001S8125
Comunidad indígena que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001I8125
Población indigente adulta que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio +D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001D0008
Población infantil a cargo del ICBF.	MS	10	Departamento + municipio +A + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001A0009
Comunidad indígena menor de edad no identificada por la RNEC.	MS	10	Código departamento+ código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 08001I8125. NO APLICA PARA MENORES SIN IDENTIFICAR ENTRE CERO (0) Y TREINTA (30) DÍAS DE NACIDOS. SOLO APLICA PARA REGIMEN SUBSIDIADO.
Población indigente menor de edad que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	MS	10	Departamento + municipio +D + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001D0008
Menor de edad recién nacido vivo sin identificar al infante con edad menor o igual a 30 días.	MS	12	Número de documento de la madre si existe o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno (1). *ESTE TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO LO PUEDEN UTILIZAR TODOS LOS REGÍMENES Y PLANES DE SALUD, MIENTRAS SE REGISTRA EL MENOR ANTE LA RNEC.

Número de Documento: Escriba el número de documento de identidad correspondiente a la víctima. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

Fecha de Nacimiento: Escriba la fecha de nacimiento en el formato día mes año, dd – mm – aaaa. Si su solicitud es ante el FOSYGA este campo no es de obligatorio diligenciamiento

Sexo: Marque con una X la casilla correspondiente al sexo de la víctima. M para Masculino F para Femenino. Si su solicitud es ante el FOSYGA este campo no es de obligatorio diligenciamiento

Dirección, Teléfono, Departamento y Municipio de Residencia. Diligencie los datos de ubicación de la víctima. Si su solicitud es ante el FOSYGA estos campos no son de obligatorio diligenciamiento.

Condición del Accidentado: Marque con una X la casilla correspondiente, cuando se trate de accidente de tránsito. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

V. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

Tipo de Evento: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de Evento (Evento Catastrófico, Accidente de Tránsito). Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

Evento Catastrófico: Si marcó el tipo de Evento como Catastrófico, marque con una X la casilla correspondiente al evento si es Natural: Sismo, Maremoto, Erupciones Volcánicas, Huracán, Inundaciones, Avalancha, Deslizamiento de Tierra e incendio natural. Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.

Evento terrorista. Si marcó el tipo de evento como evento terrorista marque: Explosión, Mina Antipersonal, Masacre, combate, incendio terrorista y Ataques a Municipios. Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.

En el evento que se presente una aclaración de glosa por concepto de atención a población desplazada, se deberá marcar como se indica en el anexo técnico.

Dirección donde ocurrió el accidente, departamento, municipio, teléfono: Escribir con claridad los datos de ubicación del evento o accidente de tránsito. Este campo es de obligatorio diligenciamiento excepto el del número telefónico.

Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la Zona U= Urbana, R= Rural. Si su reclamación es ante el FOSYGA esta casilla no es de obligatorio diligenciamiento.

Fecha y Hora del Accidente o Evento: Escribir la fecha en formato Día, Mes, Año en la casilla asignada y la hora en formato 24 horas, ejemplo: si el accidente ocurrió el 20 de noviembre de 2005 a la 1 y 15 de la tarde debe diligenciar así: 20112005 a las 1315 horas.

Descripción Breve: Escriba las principales características del Evento o Accidente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

VI. DATOS DEL VEHÍCULO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

Diligencie esta información únicamente cuando la reclamación sea por Accidente de Tránsito. Para todos los casos la fuente de información será la que se tome de la tarjeta de propiedad del vehículo, con excepción del número de póliza.

Estado de Aseguramiento del Vehículo: Este campo es de obligatorio diligenciamiento. Marcar con X de acuerdo a lo correspondiente:

- Carro Fantasma, si el vehículo que ocasionó el accidente no está identificado o se fugó del sitio del accidente sin ser identificado o cuando los datos del vehículo no pueden ser registrados.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

Asegurado, si en el momento del accidente existe póliza de seguro.

- No Asegurado: Si no existe póliza de seguro o si la póliza está vencida.
- Póliza falsa, si en el momento del accidente presenta póliza falsa.
- Vehículo en fuga, si en el momento del accidente, el carro involucrado se da a la fuga, pero se logra obtener el número de la placa de dicho vehículo.

Marca: Utilizar el espacio asignado escribiendo con claridad la marca del vehículo involucrado en el accidente. Si su reclamación es ante el Fosyga este campo no es obligatorio.

Número de Placa: En caso de tenerla escribir en cada una de las casillas con claridad las letras y los números de la placa del vehículo involucrado en el accidente. No se deben registrar guiones, asteriscos, ni información diferente a letras y números. Este campo es de obligatorio diligenciamiento sólo cuando el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado, Póliza falsa o Vehículo en Fuga.

Tipo de Servicio: Marque con una X el servicio del vehículo involucrado en el accidente de acuerdo con el Código Nacional de Tránsito Terrestre Ley 769 de 2002, a saber:

- **Vehículo de servicio particular:** Vehículo automotor destinado a satisfacer las necesidades privadas de movilización de personas, animales o cosas.
- **Vehículo de servicio público:** Vehículo automotor homologado, destinado al transporte de pasajeros, carga o ambos por las vías de uso público mediante el cobro de una tarifa, porte, flete o pasaje.
- **Vehículo de servicio oficial:** Vehículo automotor destinado al servicio de entidades públicas.
- **Vehículo de emergencia:** Vehículo automotor debidamente identificado e iluminado, autorizado para transitar a velocidades mayores que las reglamentadas con objeto de movilizar personas afectadas en salud, prevenir o atender desastres o calamidades, o actividades policiales, debidamente registrado como tal con las normas y características que exige la actividad para la cual se matricule.
- **Vehículo de servicio diplomático o consular:** Vehículo automotor destinado al servicio de funcionarios diplomáticos o consulares.
- **Vehículo de transporte masivo:** Vehículo automotor para transporte público masivo de pasajeros, cuya circulación se hace por carriles exclusivos e infraestructura especial para acceso de pasajeros.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

- **Vehículo escolar:** Vehículo automotor destinado al transporte de estudiantes, debidamente registrado como tal y con las normas y características especiales que le exigen las normas de transporte público.

Este campo es de obligatorio diligenciamiento sólo cuando el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado, Póliza falsa

Código de la Aseguradora: Corresponde a la compañía de Seguros que expidió la póliza.

El código asignado a la misma, deberá diligenciarse de acuerdo con la siguiente codificación:

CÓDIGO NOMBRE DE ASEGURADORA

AT1301 Colseguros
AT1306 Seguros Colpatria
AT1307 Agrícola de Seguros
AT1309 Central de Seguros
AT1315 Roya & Sun Alliance seguros
AT1317 Mundial de seguros
AT1318 Compañía Suramericana de seguros
AT1324 La Previsora S.A.
AT1329 Seguros del Estado
AT1333 Liberty Seguros

Este campo es de obligatorio diligenciamiento sólo cuando el estado del vehículo es Asegurado.

Número de la Póliza: Escribir claramente el número de la póliza. La fuente de información para este caso será la que se tome del SOAT. Este campo es de obligatorio diligenciamiento sólo cuando el estado del vehículo es Asegurado.

Fecha de Vigencia de Póliza. El formato de la fecha es de día, mes y año. Este campo es de obligatorio diligenciamiento sólo cuando el estado del vehículo es Asegurado.

Intervención de autoridad. Marque con X de acuerdo a lo que corresponda. Si su reclamación es ante el FOSYGA este campo no es de obligatorio diligenciamiento.

Hubo otros Vehículos involucrados y cuántos: Diligencie los campos de identificación de los otros vehículos como un nuevo registro únicamente dentro del anexo técnico. Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.

Marca, Placa, Póliza Si hubo otros vehículos involucrados. Diligencie los datos correspondientes a marca, placa y póliza de los otros vehículos. Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

Cobro Excedente Póliza. Se debe especificar si la reclamación corresponde a un cobro de excedentes de gastos médicos una vez superado los topes de cobertura reconocidos por las aseguradoras. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO.

Para todos los casos la fuente de información será la que se tome de la tarjeta de propiedad del vehículo.

➤ **Primer Nombre del Propietario, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido:** Escribir claramente y en cada casilla los nombres y apellidos del propietario. En el caso que el propietario sea una empresa, escriba la razón social de la misma en el campo designado. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa.

➤ **Tipo de Documento Propietario:** Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa. Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo a:

CC = Cédula de Ciudadanía.

CE = Cédula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

NIT = Número

TI = Tarjeta de Identidad.

RC = Registro Civil.

➤ **Número de Documento:** Escribir con claridad el número de documento del Propietario. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa.

➤ **Departamento Municipio, Dirección, Domicilio del Propietario.** Escribir con claridad los datos referentes al domicilio del conductor. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa.

VIII. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

➤ **Primer Nombre Conductor, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido:** Escribir claramente y en cada casilla los nombres y apellidos del conductor. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa..

➤ **Tipo de Documento Conductor:** Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

Póliza falsa. Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo a:

CC = Cédula de Ciudadanía.

CE = Cédula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

TI = Tarjeta de Identidad.

AS = Adulto sin identificar

En los casos en que sea persona no afiliada al SGSSS, no tenga identificación y no sea posible obtener la misma por parte de la institución prestadora de servicios de salud, su identificación corresponderá al tipo AS (adulto sin identificar) o MS (menor sin identificar) según sea el caso y su número se señalará así: Código del departamento + código del municipio (del lugar donde ocurrió el evento) + NN + historia clínica del paciente. Ejemplo: 05001NN15257, de conformidad con la siguiente tabla:

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + S+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001S8125
Comunidad Indígena que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001I8125
Población indigente adulta que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio +D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001D0008

- **Número de Documento:** Escribir con claridad el número de documento del conductor. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y póliza falsa.
- **Departamento Municipio, Dirección, Domicilio del Conductor:** Escribir con claridad los datos referentes al Domicilio del Conductor. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa.

IX. DATOS DE REMISIÓN.

Tipo de Referencia: Marque con X el tipo de referencia de acuerdo con las opciones del formulario:

- **Remisión:** Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar
- **Orden de servicio:** Solo aplica si el paciente remitido regresa a la institución remitente, para los casos en que los pacientes requieran de servicios actividades o procedimientos no habilitados en la institución. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

- **Fecha y hora de remisión:** El formato de la fecha es de día, mes y año y la hora en formato 24 horas. Ejemplo si la remisión se presentó el 20 de noviembre de 2011 a 1 y 52 de la tarde, se debe diligenciar: **Fecha Accidente 2 0 1 1 2 0 0 5 Hora 1 3 5 2.** Si su reclamación es ante el FOSYGA el campo correspondiente a la hora no es de obligatorio diligenciamiento, la fecha es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.
- **Prestador que remite:** Escriba el nombre del IPS que remitió a la víctima del evento o Accidente. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Profesional que remite:** Nombre del funcionario de la IPS y cargo. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Dirección, Departamento, Municipio:** Escriba claramente los datos de ubicación de la IPS que remite. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Fecha y hora de Aceptación:** El formato de la fecha es de día, mes y año y la hora en formato 24 horas. Ejemplo si la aceptación ocurrió el 20 de noviembre de 2011 a la 1 y 52 debe diligenciarse así: **Fecha Aceptación 2 0 1 1 2 0 0 5 Hora 1 3 5 2.** Si su reclamación es ante el FOSYGA el campo correspondiente a la hora no es de obligatorio diligenciamiento, el campo correspondiente a la fecha si es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.
- **Prestador que Recibe:** Escriba nombre de la IPS a donde es remitida la víctima. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Profesional que recibe:** Nombre del funcionario de la IPS y cargo. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.

X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA.

Diligenciar esta información cuando el traslado de la víctima lo realiza la misma IPS que prestó los servicios de salud.

- **Número de Placa:** Escriba el número de placa del vehículo que transportó la víctima.
- **Transportó la víctima desde:** Escribir con claridad el lugar o dirección inicial del recorrido. Sólo se admite lugar cuando en el sitio no existe nomenclatura. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

- **Transporte la víctima hasta:** Escriba con claridad la dirección de la IPS que recibió al paciente. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Tipo de Transporte:** Marque en la casilla correspondiente el tipo de transporte prestado a la víctima de accidente de tránsito: Ambulancia Básica, Ambulancia Medicalizada. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Lugar donde recoge la Víctima:** Marque la zona Urbana o Rural. Si su reclamación es ante el FOSYGA este campo no es de obligatorio diligenciamiento.

XI. CERTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

El resumen de la historia clínica del paciente debe presentarse como soporte documental, mediante la epicrisis con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico No 2 de la Resolución 3374 de 2000.

- **Fecha de Ingreso:** Escribir la fecha en que ingreso la víctima a la IPS, en formato Día, Mes, Año en la casilla asignada y la hora en formato 24 horas. Ejemplo: si la víctima ingresó el 20 de noviembre de 2005 a las 2:30 de la tarde, se debe diligenciar **Fecha Ingreso 2 0 1 1 2 0 0 5 Hora 1 4 3 0**. Si su reclamación es ante el FOSYGA el campo correspondiente a la hora no es de obligatorio diligenciamiento.
- **Fecha de Egreso:** Escribir la fecha en que salió la víctima de la IPS, en formato Día, Mes, Año en la casilla asignada y la hora en formato 24 horas. Ejemplo: si la víctima salió del servicio médico el 21 de noviembre de 2005 a las 11:30 de la mañana, debe diligenciarse así, **Fecha Egreso 2 1 1 1 2 0 0 5 Hora 1 1 3 0**. Si su reclamación es ante el FOSYGA el campo correspondiente a la hora no es de obligatorio diligenciamiento.
- **Código diagnóstico principal de Ingreso:** Código del Diagnóstico al ingreso del usuario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.
- **Otro Código de diagnóstico de ingreso:** Código del diagnóstico secundario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento, cuando corresponda.
- **Código de diagnóstico principal de Egreso:** Código de diagnóstico de egreso de la víctima, según la clasificación Internacional de enfermedades. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

- **Otro Código de diagnóstico de egreso:** Código del diagnóstico secundario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando corresponda.
- **Datos del médico o profesional de la salud tratante:** Diligenciar los datos completos del médico, o profesional de la salud. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

- Detalle en el anexo técnico uno a uno los valores que conforman el total facturado y reclamado ante el FOSYGA. Para el caso de los servicios médicos y Procedimientos utilizar el Manual Tarifario SOAT. Para el caso de los medicamentos utilizar la codificación CUM del INVIMA adscrito al Ministerio de la Protección Social.
- Se incluirá el valor del transporte primario realizado por la misma IPS, de acuerdo con la tarifa definida en el Manual Tarifario SOAT, y que corresponde a la información diligenciada en el numeral VI. (Amparo de transporte y movilización de la víctima)

XIII. DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

- **Nombre y Firma:** Diligenciar los datos de nombre completo del Representante legal, Gerente o el delegado por este mediante acto administrativo con la respectiva firma de la reclamación. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

MEMORANDO

Para responder a este memorando, favor citar este número :3-2015-000573

ASFL01

Asunto:

Referenciado: 3-2014-018905

SOLICITUD DE APOYO

En lo relacionado con su solicitud de apoyo, le informo amablemente que, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, esta Oficina procede a dar respuesta a la consulta, de manera general y abstracta, en los siguientes términos:

1. "Al momento de presentarse un accidente de tránsito el asegurado o beneficiario dispone del SOAT se presenta ante una Institución Prestadora de Servicios de Salud para que le preste los servicios de salud que requiere. Una vez presentado el servicio al paciente, se factura y se dispone a cobrar a la aseguradora por dicho concepto; puede esta aplicar la prescripción extraordinaria para el cobro de las mismas?"

Respuesta.-

a) Sobre esta consulta, en primer lugar se aclara que el término de prescripción de las facturas y el de las reclamaciones administrativas ante las aseguradoras del SOAT es distinto, siendo que, el primero se encuentra sujeto a las estipulaciones sobre la acción cambiaria y el segundo a las establecidas sobre contrato de seguro, como se procede a esclarecer.

El artículo 3 de la Resolución 3374 de 2000, señala que la fuente de los datos relacionados con la transacción, el servicio de salud prestado y los valores facturados son, junto a las historias clínicas, las facturas de venta de servicios que diligencian los prestadores de servicios de salud.

Por su parte, el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 establece, en cuanto a la presentación de las facturas por parte de los prestadores de servicios de salud, que "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."

En desarrollo de lo anterior, mediante la Resolución 3047 de 2008 el Ministerio de Salud y Protección Social definió "los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007."

A la par, la Ley 1438 de 2011 estableció en el parágrafo 1 de su artículo 50 que "la facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud

deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008”.

Teniendo en cuenta la remisión legal precitada, la factura fue definida por el artículo 1 de la Ley 1231 de 2008 (modificadorio del artículo 772 del C.Co) como "un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del mismo."

En este orden de ideas, las facturas libradas por los prestadores de servicios de salud deben cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 621, 774 del C.Co y 617 del Estatuto Tributario Nacional (Art. 3, Ley 1231 de 2008). En caso que la factura no cumpla con los requisitos establecidos en los artículos previamente citados, perderá su carácter de título valor, sin embargo, no afectará la validez del negocio jurídico que le dio origen.

Así, en cuanto a la prescripción de las facturas, téngase que, para efectos que sean consideradas como un título valor y, en consecuencia, les aplique el término consagrado en los artículos 789 y 790 del Código de Comercio (3 años acción cambiaria directa y 1 año acción cambiaria de regreso), necesariamente deben cumplir los requisitos establecidos en los artículos 621, 774 del C.Co y 617 del Estatuto Tributario Nacional, de lo contrario, eventualmente podrían constituir un título ejecutivo y serle aplicable los artículos 2536 del Código Civil y 422 del código General del Proceso (5 años acción ejecutiva).

b) Por otro lado, referente a las reclamaciones que formulen los prestadores de servicios de salud ante las aseguradoras, derivadas de las coberturas del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT), estas se encuentran previstas en el artículo 195, numerales 4 y 6, del Decreto 663 de 1993 y los artículos 3, 4, 5 y 6 del Decreto 3990 de 2007.

Sobre la prescripción de estas acciones, y teniendo en cuenta que la normatividad del SOAT no consagra esta figura jurídica, se considera necesario traer a colación el artículo 192, numeral 4, del Decreto 663 de 1993, en virtud del cual se señala que, "En lo no previsto en el capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio..." y en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Dentro de este contexto, el artículo 1081 del C.Co señala:

“Artículo 1081. Prescripción de acciones. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”

En estos términos, la prescripción ordinaria (2 años) empieza a correr desde el momento en que la persona con derecho a reclamar, sea con base en el contrato de seguro SOAT (asegurador y tomador) o por disposición legal (Decreto 663 de 1993, art 195, núm. 4, para prestadores de servicios de salud), tenga o debiere tener conocimiento del hecho generador de la reclamación.

Luego, la prescripción extraordinaria (5 años) aplica para el caso en que no se pueda determinar si el interesado tuvo o no conocimiento del hecho generador de la reclamación, esto es, para los casos en que no se pueda establecer la ocurrencia de la prescripción ordinaria.

En consecuencia, sin perjuicio de los términos establecidos para el ejercicio de la acción judicial en materia de facturas, el término prescriptivo de las reclamaciones que formulen los prestadores de servicios de salud directamente ante las aseguradoras, derivadas de las coberturas del SOAT, es el establecido en el artículo 1081 del C.Co.

2. “Una vez prestado el servicio de salud al asegurado o beneficiario del SOAT, puede la aseguradora objetar el precio de medicamentos y materiales de osteosíntesis utilizados en la prestación del servicio los cuales no están regulados en cuanto a su precio; o en caso contrario, cada aseguradora puede establecer a su criterio el precio para tales materiales.”

Respuesta.-

En relación con este punto, frente al precio de los materiales de osteosíntesis, resulta pertinente señalar que el Decreto 2423 de 1996, mediante el cual se reguló todo lo relacionado con las tarifas aplicables a las actividades y procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios suministrados en virtud de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, eventos catastróficos y en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza, es la regulación normativa a la cual se debe acudir en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo respecto al costo de los materiales médico-quirúrgicos requeridos para un determinado tratamiento o intervención médica; sin embargo, dicha disposición normativa no contempla el marco tarifario relacionado con el costo de los materiales utilizados en el procedimiento de osteosíntesis.

Lo anterior, toda vez que, si bien el numeral 4 del artículo 195 del Decreto 663 de 1993 le reconoce a las entidades prestadoras de servicios de salud la titularidad de la acción para presentar la correspondiente reclamación por gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios ante las entidades aseguradoras, las tarifas que les corresponde facturar se deben ajustar a las acordadas o, en su defecto, a las fijadas en el Decreto 2423 de 1996.

Ahora bien, teniendo en cuenta que los precios de medicamentos y materiales de osteosíntesis no se encuentran incluidos en las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996, y en el entendido que la Superintendencia Nacional de Salud no es la entidad competente para pronunciarse respecto al precio de los medicamentos y materiales utilizados en el procedimiento de osteosíntesis, consideramos adecuado informar al peticionario lo siguiente: i) Con excepción de la competencia atribuida a otras autoridades, la Superintendencia de Industria y Comercio es la entidad administrativa que ejerce control y vigilancia en relación con el cumplimiento de las normas sobre control de precios, especulación indebida y acaparamiento (Art. 1, núm. 42, Decreto 4886 de 2011); ii) el Ministerio de Salud y Protección Social es el organismo encargado de establecer los

mecanismos para adelantar negociaciones de precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos (Art 2, núm. 10, Decreto 4107 de 2011) y; iii) la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos tiene a su cargo la función de fijar y adoptar los lineamientos generales para la formulación y regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos en el país (Art 3, núm. 1, Decreto 1071 de 2012).

Dado lo anterior, deberá el usuario elevar su consulta ante las entidades anteriormente referidas para que emitan un pronunciamiento de fondo al respecto, toda vez que esta Superintendencia carece de competencia para impartir directrices sobre la materia.

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en virtud del cual los conceptos emitidos por las autoridades como respuesta a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas, no son de obligatorio cumplimiento o ejecución

Cordialmente,

Lina Quiroga Vergara

Asesora Encargada De Las Funciones De La Oficina Asesora Jurídica