

 <p>Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura República de Colombia</p>	<p>PROCESO: GESTION DOCUMENTAL</p>	<p>CÓDIGO: CSJCF-GD-F04</p>	
	<p>ACUSE DE RECIBIDO: ACUSE DE RECIBIDO PARA LOS DOCUMENTOS ENTRANTES PARA LOS DESPACHOS</p>	<p>VERSIÓN: 2</p>	

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Jueves 02 de Diciembre del 2021

HORA: 3:08:49 pm

Se ha registrado en el sistema, la carga de 1 archivo suscrito a nombre de; **JULIO CESAR YEPES RESTREPO**, con el radicado; **202100281**, correo electrónico registrado; **notificaciones@jcyepesabogados.com**, dirigido al **JUZGADO 9 CIVIL MUNICIPAL**.

Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, **(+57) 321 576 5914**

Archivo Cargado

009202100281CONTESTACION.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20211202150849-RJC-12651

Palacio de Justicia 'Fany Gonzales Franco'

Carrera 23 # 21-48 Oficina 108 Manizales - Caldas

csjcfma@cendoj.ramajudicial.gov.co

8879620 ext. 11600

Señor
JUEZ NOVENO CIVIL MUNICIPAL
MANIZALES

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA

REF: EJECUTIVO
DTE: AVIDANTI S.A.S
DDO: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
RDO: 17001400300920210028100

JULIO CESAR YEPES RESTREPO, abogado, mayor de edad, vecino de Medellín, identificado con la tarjeta profesional No. 44010 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial de **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, tal y como consta en el certificado de existencia y representación el cual ya obra en el expediente, a través del presente escrito, me permito dar respuesta a la demanda ejecutiva formulada en contra de mi representada, en los siguientes términos:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS
--

1. **NO ES CIERTO**, en este numeral se incluyen varios hechos, por lo tanto, me pronuncio de manera separada frente a cada uno de ellos:
 - Frente al hecho que indica que la demanda tiene origen en la prestación de servicios comerciales de salud de urgencias, por parte de la aquí demandante, ES CIERTO.
 - Respecto a que dichos servicios de salud prestados por la demandante son con cargo a las pólizas SOAT expedidas por la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., NO ES CIERTO, toda vez que para que el asegurador asuma las atenciones médicas brindadas por la demandante, estas

deben ser derivadas de un accidente de tránsito en el que se resulte involucrado un vehículo asegurado por mi mandante.

Desde este momento se precisa al Despacho, que no todas las reclamaciones que son objeto de la demanda se derivan de un accidente de tránsito en el que haya resultado involucrado un vehículo para el cual la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. haya expedido una póliza SOAT, tal es el caso de la reclamación No. ACM-718910, en donde luego de analizar la documentación aportada por la demandante, mi representada logró evidenciar que no se trataba de un accidente de tránsito, situación que sin lugar a dudas no puede ser asumida por la aquí demandada, lo anterior, será probado con las pruebas que serán aportadas con la presente contestación.

2. NO ES CIERTO, en este numeral se incluyen varios hechos, por lo tanto, me pronuncio de manera separada frente a cada uno de ellos:

- NO ES CIERTO que las facturas aportadas con la demanda y que sirven de título ejecutivo se encuentran a plazo vencido de conformidad con el artículo 774 del Código de Comercio. Al respecto, es importante aclararle al Despacho que las facturas que fueron aportadas con la demanda, no tienen autonomía propia, sino que hacen parte de los documentos que las IPS que han brindado atención a una víctima de accidente con cargo al SOAT, presentó al formular la reclamación al asegurador para que este pague la indemnización por gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios; por tal motivo, se le informa al Despacho que en el presente caso no nos encontramos en presencia de una factura cambiaria de compraventa, sino de una reclamación con cargo al SOAT, por tal motivo el trámite respectivo para el cobro o recaudo de facturas que generan las IPS a cargo al SOAT, se encuentra regulado por el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 de 2016 en el cual se indican los amparos y límites de cobertura

de las pólizas SOAT; en ese sentido, la factura que se genera por la IPS no tiene origen en un contrato existente entre el prestador y el asegurador, sino en un contrato de seguro denominado SOAT.

Así las cosas, la obligación de indemnizar del asegurador no surge de la expedición de la factura, sino de la existencia del contrato de seguro que tiene unas coberturas, unos límites asegurados, y una regulación específica, y en ese entendido, los plazos no se encuentran vencidos debido a que mi representada dentro del término oportuno, formuló la respectiva objeción indicando las razones por las cuales no podrá asumir el pago pretendido y al encontrarse en firme dichas objeciones, no puede desprenderse una obligación clara, expresa ni exigible.

- NO ES CIERTO que las facturas aportadas en la demanda contengan una obligación clara, expresa y exigible debido a que fueron radicadas ante el asegurador, sin que este hubiese formulado objeción alguna, lo anterior, por cuanto tal y como quedará probado con las pruebas que se aportarán con la presente contestación, el asegurador dentro del término oportuno dispuesto para ello, formuló la respectiva objeción indicando claramente los motivos por los cuales no podía asumir el pago del valor reclamado por la demandante AVIDANTI S.A.S.

A modo de ejemplo, podemos tomar la reclamación No. ACM-527614 cuyo valor pretendido asciende a la suma de \$328.900 y frente a la cual mi representada por medio de la objeción No. LIQ-201901002896, y ratificada por otras objeciones dentro de las cuales se encuentra la No. LIQ-202009001188 en la cual mi representada luego de analizar la documentación acompañada con la reclamación, evidenció que respecto al concepto pretendido denominado *“IMAGEN Y DOPPLER PULSADO ESPECTRAL”* toda vez que este no era pertinente para la realización del procedimiento en relación con las lesiones causadas en el accidente de tránsito al paciente,

adicionalmente, no se evidencia cuadro clínico para la realización de este procedimiento.

Los conceptos descritos anteriormente quedaron consignados en la objeción citada, tal como se evidencia a continuación:

Señores :
 CLINICA AVIDANTI MANIZALES
 Departamento de cartera.
 NIT - 800185449
 CALLE 10 No 2C-10B BARRIO VILLA PILAR Tel : 3173681149
 CALDAS - MANIZALES

Liquidación de siniestro No. 95-2018-1123949

Fecha de Pago :	Víctima : CC - 75098901 -	Número de factura :	ACM-527614
Fecha de siniestro :	Póliza : 17745425	Orden de pago :	0
Fecha de ingreso :	DX : S936	Número de cheque ó transferencia :	

Número de radicación :RIQ03415332500859894

Respetados señores (as) :Atendiendo a su solicitud de indemnización en virtud del contrato de seguros de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, de conformidad a las normas vigentes del ministerio de salud que nos imponen aplicar los valores del manual de tarifas y procedimientos vigentes; así:

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

Código	Descripción	Cant	Valor total	Valor objetado inicial	Valor objetado actual	Observación
31201	IMAGEN Y DOPPLER PULSADO ESPECTRAL (DUPLIX SCANNING), DE ARTERIAS CAROTIDAS, ARTERIAS VERTEBRALES, ARTERIAS AXILARES Y HUMERALES, AORTA ABDOMINAL, TRONCO CELIACO, ARTERIAS ILIACAS, ARTERIAS RENALES, ARTERIAS MESENTERICAS, ARTERIAS FEMORALES Y POPLITEA, ARTERIA DE PIERNAS, VENAS YUGULARES INTERNAS, VENAS AXILARES Y HUMERALES, VENA CAVA INFERIOR, VENA AORTA, VENAS ILIACAS, VENAS RENALES, VENAS FEMORALES ILIOPOPLITEAS, VENAS PROFUNDAS DE PIERNA, MAPEO DE VENAS SUPERFICIALES DE MM.II.	1.0	\$328,900	\$328,900	\$328,900	9991 >> El prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución no ha sido aceptada. >>> SE RATIFICA OBJECION IMAGEN Y DOPPLER PULSADO ESPECTRAL (DUPLIX SCANNING), AYUDA NO PERTINENTE PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO EN RELACION CON LESIONES CAUSADAS POR EL AT. PACIENTES CON ANTECEDENTES. SUJETO A NUEVA AUDITORIA. NO EVIDENCIA CUADRO CLINICO PARA ECO DOPPLER DE VAVOS ARTERIALES Y VENOSOS. NO SE ACEPTA LA RESPUESTA DE LA IPS NO JUSTIFICA EL VALOR FACTURADO

Dicha objeción es de pleno conocimiento de la aquí demandante toda vez que fue remitida de manera electrónica, tal y como se puede evidenciar en el certificado No. E31242587-S expedido por la empresa de mensajería SERVICIOS NACIONALES S.A. 472, así.

Certificado de comunicación electrónica
Email certificado



Identificador del certificado: E31242587-5

Lleida S.A.S., Aliado de 4-72, en calidad de tercero de confianza certifica que los datos consignados en el presente documento son los que constan en sus registros de comunicaciones electrónicas.

Detalles del envío

Nombre/Razón social del usuario: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS (CC/NIT 860.037.013-6)

Identificador de usuario: 402354

Remitente: EMAIL CERTIFICADO de Notificaciones Soat <402354@certificado.4-72.com.co>
(originado por Notificaciones Soat <notificacionessoat@segurosmondial.com.co>)

Destino: carteracam@avidanti.com

Fecha y hora de envío: 12 de Septiembre de 2020 (11:41 GMT -05:00)

Fecha y hora de entrega: 12 de Septiembre de 2020 (11:41 GMT -05:00)

Asunto: LIQ-202009001188-LIQ-202009001189-LIQ-202009001642-LIQ-202009001710 (EMAIL CERTIFICADO de notificacionessoat@segurosmondial.com.co)

Mensaje:

Señores:
CLÍNICA AVIDANTI
Departamento de Cartera.
NIT - 800185449
CALLE 10 No 2C - 10 AVENIDA RESTREPO RESTREPO Tel: 8732772
CALDAS - MANIZALES

La situación que se presenta con la anterior reclamación, tiene la misma explicación en las demás reclamaciones que son objeto del presente proceso, AVIDANTI S.A.S. reclamó una suma al asegurador, este analizó la reclamación y al no encontrar ajustada la reclamación, procedió a objetar la misma, o en otros casos objetó un valor y frente al valor respecto al cual no había discusión alguna, realizó el pago correspondiente.

Las diversas objeciones formuladas y que serán acreditadas con las pruebas aportadas al presente proceso, le quitan el carácter de clara, expresa y exigible a las obligaciones cuyo cobro se pretende, máxime si se tiene en cuenta que la aquí demandante nunca dio respuesta a las objeciones, ni aportó los documentos que acreditaban la pertinencia de los conceptos pretendidos, por lo que dichas objeciones se encuentran en firme, impidiendo que surja obligación de pago respecto a mi representada.

3. **NO ES CIERTO**, en este numeral se incluyen varios hechos, por lo tanto, me pronuncio de manera separada frente a cada uno de ellos:

- Respecto a que los títulos ejecutivos (facturas de venta) son derivados pero autónomos de una relación civil y/o comercial, NO ES CIERTO dado que la demandante presentó toda la documentación que de acuerdo a la legislación SOAT debe acompañarse en una reclamación (formulario FURIPS, historia clínica, resultados de exámenes diagnósticos) y **presentó la factura como uno más de los documentos soporte de la reclamación, sin que pueda la misma considerarse como título valor**; en este punto, es importante reiterar al Despacho, que no estamos ante un simple negocio cambiario, sino ante un trámite de afectación de un contrato de seguro (SOAT), por lo que las facturas por la prestación del servicio de salud, constituyen uno de los documentos necesarios que comprenden la reclamación como tal, y que son indispensables para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, bajo el amparo de indemnización por servicios de salud, ya que en virtud del numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico Financiero, los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras, y establece que esta, debe estar acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, y que la compañía aseguradora pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite su derecho ante el asegurador en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio.

Adicionalmente, de la factura por sí sola no emana una obligación clara, expresa ni exigible que se pueda ejecutar contra la compañía aseguradora, máxime si se tiene en cuenta que, frente a las RECLAMACIONES que hacen parte de esta demanda, mi representada ha formulado objeciones parciales, frente a otras formuló la respectiva objeción total y frente a otras, operó el fenómeno de la prescripción, razón por la cual no podrá la parte actora iniciar el cobro forzado de estas reclamaciones, cuando de estas se deriva una obligación discutida la cual deberá ser dirimida por un Juez de la Republica mediante un proceso verbal y no un proceso ejecutivo.

4. **NO ES CIERTO**, en este numeral se incluyen varios hechos, por lo tanto, me pronuncio de manera separada frente a cada uno de ellos:

- Respecto a que las reclamaciones objeto del presente trámite ejecutivo presentan un saldo pendiente de pago, **NO ES CIERTO**, el asegurador pagó lo que era procedente y objetó la reclamación respecto a algunos conceptos, sin que pueda afirmarse que exista un saldo pendiente por cancelar.
- **NO ES CIERTO** que dicho saldo sea exigible para la fecha de la presentación de la demanda, lo anterior, por cuanto la parte actora omitió informarle al Despacho que respecto de todas las reclamaciones que componen el presente trámite, mi representada de manera oportuna procedió a formular la respectiva objeción, razón por la cual el saldo pretendido no puede ser exigible a mi representada, en atención a que la parte actora no ha cumplido con la obligación de acreditar tanto el siniestro como la cuantía tal como lo ordena el artículo 1077 del Código de Comercio.

Adicionalmente, se advierte existe una reclamación que no es derivada de un accidente de tránsito en el cual haya resultado involucrado un vehículo asegurado mediante póliza SOAT, por lo que no puede surgir obligación de pago respecto a esta, toda vez que el

asegurador solo ampara eventos en donde se logre acreditar que el vehículo para el cual había expedido póliza SOAT resultó involucrado en el accidente, por otro lado, tampoco puede surgir obligación de pago respecto a unas reclamaciones en donde la póliza SOAT llegó al tope de su cobertura, no pudiendo mi representada asumir un valor superior al asegurado, adicionalmente, ni tampoco podría surgir obligación de pago frente algunas reclamaciones que se encuentran prescritas tal y como se expondrá más adelante en el acápite de excepciones.

5. **NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA** la información consignada en el cuadro relacionado en este numeral, dado que es información que escapa del conocimiento que pueda llegar a tener mi representada toda vez que esta no hizo parte de las atenciones médicas brindadas al paciente y porque cada una de estas reclamaciones fueron objetadas de manera oportuna.
6. **NO ES CIERTO**, en este numeral se incluyen varios hechos, por lo tanto, me pronuncio de manera separada frente a cada uno de ellos:
 - **NO ES CIERTO** que la aquí demandante hubiese presentado de forma completa y oportuna las reclamaciones ante la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., lo anterior, por cuanto mi representada formuló objeciones frente a cada una de las reclamaciones que componen el presente proceso, y en algunas objeciones, solicitó información a la IPS, objeción frente a la cual la demandante nunca dio respuesta, por lo que no podrá tomarse como cierto lo expuesto por la parte actora.
 - Respecto a que mi representada manifestó el recibido de las reclamaciones mediante el sello que se encuentra en las mismas, **ES CIERTO**, sin embargo, se precisa que dicho sello quedó consignado lo siguiente: “**DOCUMENTOS RECIBIDOS UNICAMENTE PARA ESTUDIO CORRESPONDENCIA**” y en ningún momento se podrá tener dicho sello de recibido como una aceptación por parte de mi representada; máxime cuando la legislación que regula el SOAT permite al

asegurador hacer un análisis de la reclamación y formular objeciones frente la misma.

- Frente a lo indicado por la parte actora respecto a que mi representada no reclamó en contra del contenido de las reclamaciones ni las devolvió y que por lo tanto se entiende irrevocablemente aceptada por esta, **NO ES CIERTO**, toda vez que en las reclamaciones para la afectación de la póliza SOAT no nos encontramos ante un simple negocio cambiario, sino ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que se encuentra regulado en normas especiales, teniendo entonces un procedimiento específico para su reclamación, de conformidad con lo indicado en el numeral 4 del artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el cual establece lo siguiente:

“Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

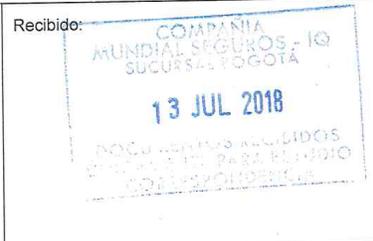
Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. (...)”

Así entonces, el argumento esbozado por la parte actora en lo referente a que mi representada no reclamó en contra del contenido de las reclamaciones ni las devolvió, no tienen fundamento, pues como ya se ha indicado a lo largo de esta contestación, mi representa **SI FORMULÓ OBJECIONES RESPECTO A CADA UNA DE LAS RECLAMACIONES QUE COMPONEN EL PRESENTE PROCESO** remitiendo a la demandante por correo certificado la respectiva carta de objeción en el tiempo oportuno, vale la pena advertir que todo lo relacionado con las objeciones formuladas por mi representada, será desarrollado de manera más amplia en el acápite de excepciones y se acreditarán con las pruebas que se acompañarán con la presente contestación.

7. **NO ES CIERTO**, que por el hecho de que el acuse de recibido se encuentre en la factura y al no existir rechazo por parte del asegurador, mi representada deba cancelar los títulos ejecutivos a su vencimiento, al respecto es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

7.1. En el caso hipotético, para que se pueda sostener que las facturas presentadas constituyen un título ejecutivo, pese a que no es posible debido a los múltiples argumentos desarrollados en la presente contestación, es importante precisar que estas no cumplen con el requisito que exige el artículo 2 de la Ley 1231 del 2008, la cual modificó el artículo 773 del Código de Comercio en donde se establece que la factura expedida sea aceptada por el comprador o el beneficiario del servicio, sin embargo, en todas y cada una de las facturas objeto del cobro ejecutivo, no consta la aceptación expresa de la factura por parte del asegurador, debido a que la factura es uno de los documentos que integran la reclamación para afectar la póliza SOAT, y por tal motivo, al momento de recibir la reclamación que contiene las facturas frente a las cuales el Despacho libró mandamiento de pago, el asegurador consignó un selló en donde indica que recibió la reclamación y que se encuentra en validación.

7.2. Lo expuesto anteriormente, se puede evidenciar a modo de ejemplo en la página 84 del archivo que contiene la demanda y los anexos denominado "01DemandaAnexos.PDF", así:

AVIDANTI S.A.S. CLINICA AVIDANTI MANIZALES		800.185.449-9		Calle 10 N0 2C-10 Avenida Restrepo Restrepo. Teléfono(096)8990000		Fax (96) 8990001, Manizales - Colombia - Sur América	
SEÑORES: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A		FACTURA DE VENTA					
NIT:	860.037.0136	FECHA:	29-jun-2018	ACM- 514593			
TELEFONO:	2855600	CONTRATO:	SOAT 2018	VENCE: 29-jul-2018			
DIRECCION:	Calle 33 No. 6-B-24	PLAN:	ACCIDENTES DE TRANSITO				
MUNICIPIO:	BOGOTA D.C.						
Por Concepto de Servicios Prestados a:		Identificación		HC		Estancia	
CALVO PENAGOS SEYGINER EMILIO		TI 1007651715				7	
Número de Atención		Ingreso		Egreso			
520316		22/jun/2018 12:00:00 am		29/jun/2018 8:44:17 pm			
Hospitalización por Remisión							
Alterno	Descripción	Fecha	Vale	Val / Uni	Can	Valor Total	
9	BANCO DE SANGRE					675,000	
331	DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS					562,800	
201	ELEMENTOS MEDICO QUIRURGICOS					1,940,142	
15	ESCANOGRAFIA					3,199,800	
305	ESTANCIA UNIDADES					6,472,500	
52	HONORARIOS MÉDICOS					170,300	
11	LABORATORIO CLÍNICO					1,022,800	
195	LABORATORIO DIACORSA					75,725	
428	MEDICAMENTOS NO POS					305,728	
425	MEDICAMENTOS POS					3,268,843	
MRP	MEDICAMENTOS REGULADOS POS					209,430	
8	OXIGENO Y GASES					1,454,040	
13	RADIOLOGÍA					495,700	
SON: DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS CON CERO CENTAVOS				Valor Bruto			19,852,808
				Descuento			0
				Valor Neto			19,852,808
				Pagos			
				Total			19,852,808
Dx(s) Ingreso	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO						
Dx(s) Egreso	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DE LOS SENOS PARANASALES, OTROS TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO DE LOS ELECTROLITOS Y DE LOS LIQUIDOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE, FRACTURA DEL MALAR Y DEL HUESO MAXILAR SUPERIOR, TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO, NEUMOTORAX TRAUMATICO						
Procedimiento(s)	Manejo y Tratamiento Médico						
Salida							
Procedencia	SUPIA						
Acceptado			Recibido: 				
Nit o C.C.	Jefe Facturación						
NOTA 1. La Presente factura de venta, se asimila para todos sus efectos legales a la letra de cambio. 2. En caso de mora se causará el interés máximo autorizado por la ley. 3. AUTORIZO SER CONSULTADO Y REPORTADO EN TODAS LAS CENTRALES DE RIESGO DEL PAÍS. 4. Se hace constar que la firma de una persona distinta del comprador implica que dicha persona está autorizada expresamente por el comprador para firmar, confesar la deuda y obligar al comprador. 5. Todo pago en cheque debe girarse con cruce a AVIDANTI S.A.S. 6. Los Servicios de salud están excluidos del impuesto a las ventas (Art.476 ET). 7. Autorización numeración de facturación DIAN N° 18762002688887 de Marzo 24 de 2017 de la ACM 437390 a la ACM 700000. 8. Factura emitida por computador, Impresor AVIDANTI S.A.S. , Nit 800.185.449-9. 9. GRANDES CONTRIBUYENTES Resolución No 76 Dic. 01/2016 - AGENTE RETENEDOR DE IVA. TODO CHEQUE DEVUELTO CAUSARA SANCION DEL 20% SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL CODIGO DEL COMERCIO. PARA CANCELAR ESTA FACTURA FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA CORRIENTE N°060-07293-1 DEL BANCO DE OCCIDENTE A NOMBRE DE AVIDANTI S.A.S.". 10. Favor aplicar retención en la fuente a la tarifa del 2% por concepto de Servicios integrales de salud prestados por una IPS (Art. 6 D. 2775/1983, Recopilado en el Decreto 1625 de 2016)							
Fecha de Impresión	06/29/2018	Impresa por	YULGIR01	Generada por	YULGIR01	Pag 1 de 2	

ORIGINAL

- 7.3. El sello consignado por mi representada, no puede tomarse como la aceptación expresa exigida por la norma citada, toda vez que el inciso segundo del artículo 2 de la Ley 1231 de 2008, es bastante claro al indicar:

“El comprador o beneficiario del servicio deberá aceptar de manera expresa el contenido de la factura, por escrito colocado en el cuerpo de la misma o en documento separado, físico o electrónico. Igualmente, deberá constar el recibo de la mercancía o del servicio por parte del comprador del bien o beneficiario del servicio, en la factura y/o en la guía de transporte, según el caso, indicando el nombre, identificación o la firma de quien recibe, y la fecha de recibo. El comprador del bien o beneficiario del servicio no podrá alegar falta de representación o indebida representación por razón de la persona que reciba la mercancía o el servicio en sus dependencias, para efectos de la aceptación del título valor.” (Negrilla fuera de texto)

- 7.4. Si el Despacho analiza de manera juiciosa cada una de las reclamaciones formuladas por la demandante, las cuales contenían las facturas que son objeto del presente proceso, puede observar que en ninguna de ellas se evidencia la aceptación del título valor por parte de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., sino un simple sello como constancia de que la demandante radicó las reclamaciones ante mi representada y sello/constancia no puede implicar que allí quedó consignada su aceptación.
- 7.5. Es importante precisar que la ley les otorgó a las aseguradoras un mes para analizar la reclamación a la luz del artículo 1077 del Código de Comercio y proceder así con su pago o con la respectiva objeción indicando las razones por las cuales el pago pretendido no se realizará.
- 7.6. La parte actora en varias oportunidades aduce que mi representada no formuló rechazo u objeción alguna frente a las reclamaciones que son objeto de la demanda, afirmación que es completamente falsa, toda vez

que frente a todas las reclamaciones que son objeto de la demanda, mi representada encontrándose dentro del término legal otorgado para ello, formuló la respectiva objeción indicando el motivo por el cual no podía asumir el pago pretendido, o en otros casos pagó lo que de acuerdo a la regulación SOAT era procedente pagarle, y dejó de pagarle aquellos conceptos que no fueron justificados por la IPS, o que sobrepasaban el límite de la cobertura otorgada por el SOAT.

- 7.7. Las objeciones formuladas por mi representada serán aportadas con la presente contestación a la demanda, y adicional a ello, se acompañarán los certificados de envío de dichas objeciones, con el fin de desvirtuar las afirmaciones realizadas por la parte actora y poder darle suficientes elementos de juicio a usted señor Juez para que así pueda tener más claro todas las situaciones surgidas a partir de la reclamación formulada por la parte demandante.

8. ES CIERTO.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a las pretensiones formuladas en la demanda, por las siguientes razones que serán desarrolladas de manera detallada en el acápite de las excepciones:

1. **AUSENCIA DE TÍTULO EJECUTIVO:** las reclamaciones que son objeto de la presente acción, no prestan mérito ejecutivo, toda vez que de acuerdo a la normatividad del SOAT la reclamación está integrada por los diversos documentos que deben acompañarse con la reclamación, entre los que está la factura, esta de manera independiente no puede constituir el título ejecutivo.
2. **INEXISTENCIA DE TÍTULO EJECUTIVO PORQUE LA FACTURA CAMBIARIA NO CUMPLE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA LEY:** Si en gracia de

discusión se pudiera sostener que la factura cambiaria constituye el título ejecutivo, estas no cumplen los requisitos contenidos en el artículo 772 y siguientes del Código de Comercio y la Ley 1231 de 2008 que modificó estas normas.

- 3. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN POR LAS RECLAMACIONES OBJETADAS PARCIALMENTE POR PERTINENCIA MÉDICA:** Varias reclamaciones que se harán referencia más adelante, y que ascienden a la suma total de **\$15.934.189**, fueron objetadas parcialmente por pertinencia médica, toda vez que, no existió coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica.
- 4. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN RESPECTO A RECLAMACIONES FRENTE A LAS QUE SE FORMULÓ OBJECCIÓN TOTAL:** Varias reclamaciones que componen el presente proceso, y que se harán referencia más adelante y que ascienden a la suma de \$7.339.509, fueron objetadas totalmente, tal como consta en la prueba documental que se aporta a esta contestación, razón por la cual, no ha surgido obligación de pago respecto al asegurador.
- 5. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN EN LAS RECLAMACIONES ACEPTADAS POR LA IPS:** Algunas reclamaciones cuyo pago se pretende, la IPS aceptó el valor objetado en la conciliación realizada de manera conjunta, que asciende a la suma total de **\$135.522**, por lo tanto, este valor no puede incluirse en el capital adeudado, ni podrá ordenarse su pago.
- 6. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO:** Frente a varias reclamaciones cuyo pago se pretende mediante la presente acción, operó el término de dos años de la prescripción ordinaria, consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio, y pese a que hubo una suspensión de términos de prescripción y caducidad a raíz del Estado de Emergencia decretado por el Gobierno Nacional, al momento de presentarse la demanda, ya se había configurado el fenómeno prescriptivo.

7. **IMPROCEDENCIA DE COBRO DE INTERESES MORATORIOS:** No existe razón para que se pretendan intereses moratorios sobre las sumas que supuestamente adeuda mi representada a la demandante, teniendo en cuenta que no es una obligación que esté a cargo de la compañía de seguros, en atención a que a la fecha AVIDANTI S.A.S no ha acreditado tanto siniestro y cuantía tal como lo establece el artículo 1077 del Código de Comercio.
8. **TEMERIDAD Y MALA FE:** deberá el juez darle aplicación al artículo 79 del Código General del Proceso, toda vez que en el presente proceso se están alegando hechos contrarios a la realidad, debido a que se afirma que mi representada no ha realizado el pago de las reclamaciones objeto del presente proceso, omitiendo informar al Despacho que frente a cada una de las reclamaciones que componen el presente proceso ejecutivo, mi representada dentro del termino oportuno objetó ya sea parcial o totalmente la reclamación, y frente a una, realizó un pago, el cual está desconociendo la entidad, por lo tanto, usted señor Juez, deberá imponerla a la demandante las sanciones correspondientes.

III. EXCEPCIONES

1. AUSENCIA DE TÍTULO EJECUTIVO

La clínica AVIDANTI S.A.S, pretende el pago de las supuestas reclamaciones que adeuda mi representada, a través del presente proceso ejecutivo, lo cual es a todas luces improcedente, debido a que las facturas que dice la parte actora adeuda mi representada, no prestan mérito ejecutivo, esto es, no contienen una obligación clara, expresa y exigible, por las razones que expongo a continuación:

1. En primer lugar, es pertinente analizar la normatividad que regula los procesos ejecutivos, para así identificar que en el presente proceso las supuestas facturas que adeuda mi representada, no prestan mérito ejecutivo; por lo que

resulta pertinente remitirnos a lo consagrado por el Artículo 422 del Código General del Proceso, el cual establece:

“ARTÍCULO 422. Pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante, y constituyan plena prueba contra él, o las que emanen de una sentencia de condena proferida por juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial, o de las providencias que en procesos de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia, y los demás documentos que señale la ley. La confesión hecha en el curso de un proceso no constituye título ejecutivo, pero sí la que conste en el interrogatorio previsto en el artículo 184.

2. De la norma transcrita se desprende la necesidad de una obligación clara, expresa y exigible para que se pueda exigir su cumplimiento vía proceso ejecutivo, pues el título ejecutivo es un presupuesto de procedibilidad de la acción, por lo que, para proferir el mandamiento de pago, debe obrar en el expediente un documento que preste mérito ejecutivo, esto es, que contenga con plena certeza la existencia de una obligación clara, expresa y exigible, y se dirá en este punto que brilla por su ausencia tal circunstancia.
3. Como ya se indicó, para hablar de título ejecutivo y poder tramitar un proceso de este tipo es necesario que la obligación reclamada sea clara, expresa y exigible y que conste en documentos que provengan del deudor que constituyan plena prueba en contra de él, es por ello que resulta pertinente ocuparnos de lo que podríamos llamar los elementos esenciales de la obligación cuyo cumplimiento se reclama.
4. Para definir cuando una obligación es clara, deben analizarse cuatro aspectos característicos de este tipo de obligaciones, a saber: (i) que la obligación se entienda, lo quiere decir que la obligación debe estar redactada en el documento que la contiene de una forma lógica y racional; (ii) debe ser explícita, que haya una correlación entre lo consignado y expresado en el

documento que la contiene con el significado de la obligación; (iii) la exactitud y precisión de la obligación; y (iv) la certeza que debe existir entre el plazo, condiciones y la cuantía. Una obligación es expresa cuando de la redacción del documento donde se encuentra contenida se entiende nítida y manifiesta la obligación; y es exigible cuando puede solicitarse, cobrarse o demandar su cumplimiento. Al respecto afirma el Doctor Hernando Morales Molina, en su obra *“Curso de Derecho Procesal Civil, Parte Especial”*, que la exigibilidad de una obligación *“consiste en que no haya condición suspensiva ni plazos pendientes que hagan eventuales o suspendan sus efectos, pues en tal caso sería prematuro solicitar su cumplimiento”*

5. Respecto a los elementos que debe contener un título ejecutivo, la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-747-13, manifestó:

“... Las segundas, exigen que el título ejecutivo contenga una prestación en beneficio de una persona. Es decir, que establezca que el obligado debe observar a favor de su acreedor una conducta de hacer, de dar, o de no hacer, que debe ser clara, expresa y exigible. Es clara la obligación que no da lugar a equívocos, en otras palabras, en la que están identificados el deudor, el acreedor, la naturaleza de la obligación y los factores que la determinan. Es expresa cuando de la redacción misma del documento, aparece nítida y manifiesta la obligación. Es exigible si su cumplimiento no está sujeto a un plazo o a una condición, dicho de otro modo, si se trata de una obligación pura y simple ya declarada. (Subrayas y negrillas fuera del texto). De manera que toda obligación que se ajuste a los preceptos y requisitos generales indicados presta mérito ejecutivo, por lo tanto, en el trámite de un proceso ejecutivo, el juez debe determinar si en el caso que se somete a su consideración se dan los supuestos exigidos en la norma referida.”

6. La obligación de la Compañía aseguradora se desprende de la realización del riesgo asegurado y no de la factura que expide la entidad; en consecuencia, las facturas por la prestación del servicio de salud, constituyen uno de los

documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, bajo el amparo de indemnización por servicios de salud, pero por sí solas, no comportan una obligación clara, expresa y exigible que se pueda ejecutar contra la Compañía aseguradora, puede existir una factura presentada al asegurador, pero si no existe un seguro con cargo al cual esté obligado a pagar, o si la cobertura de ese seguro ya se agotó, por más que la factura indique una suma adeudada, la obligación no puede surgir, el asegurador adquiere la obligación de pagar los servicios de salud brindados a la víctima no porque le presenten una factura, sino porque exista un SOAT vigente con cobertura y que las lesiones que motivaron la atención médica se hayan presentado en un accidente de tránsito en el cual estuvo involucrado el vehículo asegurado.

7. Así, de acuerdo con el Decreto 056 de 2015, las facturas emitidas por las IPS en las que consten los servicios prestados bajo los términos que expresamente establece el artículo 33 del citado Decreto, son únicamente uno de los documentos requeridos para que la entidad cumpla con la carga dispuesta en el artículo 1077 del Código de Comercio. En conjunto con las facturas, las entidades deben aportar, en los términos del artículo 26 del Decreto 056 de 2015: **(i)** el Formulario de reclamación que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social debidamente diligenciado, **(ii)** Epicrisis o resumen clínico, **(iii)** los documentos que soportan la epicrisis o el resumen de la historia clínica.
8. Bajo estos términos, las facturas que las entidades expiden NO CONSTITUYEN EL SINIESTRO, sino que son uno de los documentos que la institución prestadora de salud debe aportar para acreditar el cumplimiento de la obligación condicional que asumió la Compañía aseguradora a través del SOAT. De ahí, con base en el inciso final del artículo 38 del citado Decreto, la Compañía después de realizar un análisis de los documentos aportados, procederá al pago de la indemnización o a objetar la reclamación dentro del mes siguiente al que fue presentada, cuando esta no cumpla lo previsto en el artículo 1077 del Código de Comercio, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 195, numeral 6 del Estatuto Orgánico Financiero.

9. El trámite dispuesto para el cobro de las prestaciones derivadas del SOAT se asemeja a la reclamación de una indemnización por cualquier siniestro ante la Compañía aseguradora y se ajusta incluso a las disposiciones del Código de Comercio. Por ello, las facturas que se aportan constituyen una de las pruebas para acreditar el siniestro y la cuantía de la pérdida, pero por sí solas, **no configuran un documento que preste mérito ejecutivo con una obligación clara, expresa y exigible frente a la Compañía aseguradora.** Lo anterior se fundamenta en lo dispuesto por el artículo 1053 del Código de Comercio, que prevé los supuestos en los que la póliza presta mérito ejecutivo, al respecto:

“Art. 1053. Mérito ejecutivo de las pólizas. Modificado. Ley 45 de 1990, Art.80. La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en los siguientes casos: 1°)... 2°)... 3°) Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda.” (Subrayas y negrillas propias).

10. Así, para adelantar un proceso ejecutivo en contra de la Compañía aseguradora, se requiere que esta no haya objetado la reclamación formulada por la institución, habiendo transcurrido un mes desde su presentación, sumado a que se debe estructurar un título ejecutivo compuesto por la Póliza, la reclamación y los documentos que con ella se adjunten para acreditar el siniestro y la cuantía de la pérdida, que, en el caso particular del SOAT, incluiría las facturas.
11. En el caso objeto de estudio, es claro que mi representada si formuló la respectiva objeción frente a todas las reclamaciones que son objeto de cobro en la presente acción, por lo que es claro que, el Despacho desconoce tal

situación que le quita la calidad de título ejecutivo a esos documentos y es que la aseguradora cuando las objeta total o parcialmente está desconociendo y/o cuestionando la obligación reclamada, lo que hace que la claridad y exigibilidad exigidas por la ley para hablar de título ejecutivo no se presente, siendo inviable con ello el trámite del proceso ejecutivo. Al respecto al Corte Constitucional en sentencia T-286-07, expresó:

“En el caso en estudio tanto el Juzgado Quinto Civil Municipal de Montería como el Juzgado Cuarto Civil del Circuito, al contrario de lo afirmado por el actor, al realizar el análisis de los documentos aportados por ORTOTRAUMA encontraron que los títulos presentados para adelantar la ejecución no cumplen con los requisitos señalados por la legislación civil y comercial. En efecto, ORTOTRAUMA señala que además de las facturas expedidas, fueron aportados al proceso otros documentos tales como el contrato suscrito entre ORTOTRAUMA y el Hospital San Diego, el formato único de reclamación, cuentas de cobro, denuncias de accidentes, certificados médicos, fotocopias del SOAT, registro de accidentes de tránsito e historias clínicas, entre otros, material que demuestra la existencia de la obligación por parte de La Previsora. Sin embargo, estudiadas las pruebas obrantes dentro del proceso ejecutivo, esta Sala observa que todas las facturas aportadas fueron objetadas o glosadas por la Previsora S.A. y se presenta un debate jurídico sobre la extemporaneidad de las mismas, en consecuencia, no existe claridad sobre la aceptación de las facturas cambiarias por parte de la Compañía de Seguro”

12. Si frente a todas las reclamaciones que componen el presente proceso, la aseguradora formuló objeciones parciales y totales, no puede la aquí demandante de manera arbitraria desconocerlas, por lo que deberá ser un Juez Civil quien, mediante un proceso verbal, determine a quien le asiste razón, si las objeciones fueron fundadas, o si fueron infundadas, declare que le asiste al asegurador, proceder con el pago.

13. Adicionalmente, se precisa al Despacho que varias reclamaciones fueron aceptadas por la IPS en la conciliación realizada de manera conjunta, y que fue llevada a cabo el día 17 de enero de 2019, por tal motivo de las reclamaciones que más adelante se referenciarán, no se desprende una obligación, clara expresa ni exigible.

14. Las facturas expedidas por la IPS, que se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro, las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria, que preste mérito ejecutivo por sí misma, pues se reitera que el derecho que ostenta la IPS nace del cumplimiento de la obligación condicional que para este caso es la materialización del riesgo asegurado. Excepcionalmente, la póliza aparejada de otros documentos podría prestar mérito ejecutivo en los términos expuestos, siempre que la Compañía aseguradora no haya realizado una objeción total o parcial de la reclamación, sin embargo, en el presente caso, tal como consta en la prueba documental adjunta, claramente se formuló la respectiva objeción frente a las reclamaciones incluidas en la presente demanda, por lo que, se reitera, en razón de tal situación estas no contienen una obligación clara, expresa y exigible, por lo cual no prestan mérito ejecutivo, y será por tanto, en un proceso de conocimiento en el que se deba dirimir la existencia o no de la obligación, ya que mi representada, sostiene las razones de la objeción, y la IPS considera que no proceden, en razón a su silencio frente a las mismas.

15. Se llama la atención del despacho que, en las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, por lo que tiene un procedimiento específico para su reclamación ante una eventual afectación del amparo contratado; afirmación que tiene sustento en lo indicado en el numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el cual reza:

“Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990”

16. Por lo anterior, en el presente proceso es claro que nos encontramos frente a unas reclamaciones para la afectación de un contrato de seguro denominado SOAT y expedido por mi representada, por lo que, no se puede, bajo ninguna circunstancia, separar la factura de esta para pretender su cumplimiento vía proceso ejecutivo, pues no tendría sentido que se exija a la IPS la acreditación del siniestro y la cuantía reclamada, si con el hecho de presentar una simple factura y la compañía recibirla para estudio, se pudiese reclamar la suma contenida en esta factura vía proceso ejecutivo, pues la factura es un requisito necesario para hacer la reclamación y un eventual medio de prueba de la cuantía del siniestro. Si la norma exige la acreditación del siniestro y la cuantía, sin lugar a dudas, nos encontramos ante una reclamación para la afectación de un contrato de seguro, la cual puede ser acogida u objetada por el asegurador puesto que es una facultad otorgada por el Artículo 1080 del Código de Comercio.

17. La parte actora al pretender dar autonomía como título ejecutivo a la factura está desconociendo que la generación de la factura tiene como fundamento varios presupuestos, a saber: i.) que las lesiones objeto de la atención médica tenga origen en un accidente de tránsito; ii.) que exista un seguro obligatorio expedido por una aseguradora que brinde cobertura el vehículo que ocasionó las lesiones en ese accidente; iii) Que el amparo que se pretende afectar tenga disponibilidad de valor asegurado porque otras atenciones médicas tuvieron un costo menor al límite asegurado del amparo o porque aún no se han pagado atenciones médicas. Es por esto, se reitera y se hace especial énfasis, que la factura por sí sola no genera una obligación, como lo pretende hacer valer la parte actora, esta debe estar ligada a una póliza SOAT y a una reclamación que la ley ha reglamentado, señalando cuales son los documentos que deben acompañarse a esta, y bastará dar lectura de las normas citadas, para concluir que además de la factura se hacen necesarios otros documentos para acreditar el siniestro y la cuantía.

18. Ahora bien, debe mencionarse que además de que la parte actora desconoce la falta de claridad y exigibilidad de las facturas objeto de la presente acción, esto es, que no contienen una obligación clara, expresa y exigible, desconoce además que para que una póliza preste mérito ejecutivo, se debe acudir a la regulación del contrato de seguro del Código de Comercio, ya que debe dar el supuesto establecido en el Artículo 1.053 del Código de Comercio que establece:

“La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en los siguientes casos:

1)...

2)...

3) Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada. Si la reclamación no hubiere sido

objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda.” (Subrayas y negrillas propias)

19. Por lo indicado, el SOAT al ser un contrato de seguro, se debe regir por las normas que lo regulan y el Código de Comercio, siéndole aplicable la norma transcrita, ya que se trata de una norma especial que tiene preponderancia en su aplicación sobre las normas que regulan los títulos valores o ejecutivos, lo que lleva a que la IPS no puede pretender reclamar el valor de los supuestos servicios prestados, vía proceso ejecutivo, con el uso de la factura, sino que debe entenderse que lo presentando ante la aseguradora es una reclamación de afectación de la póliza, lo que lleva a que el título ejecutivo este constituido por la póliza y todos los documentos que según la ley son necesarios para la reclamación para acreditar siniestro y cuantía, aunado al silencio del asegurador cuando ha pasado un mes desde que recibió la reclamación, y como en las reclamaciones cuyo pago pretende la parte actora, media una objeción parcial o total, no se cumpliría este requisito, a la factura no puede dársele una autonomía como título valor, pues esta forma parte de una reclamación para afectar un contrato de seguro y hay una norma especial que señala en que hipótesis esa convención presta merito ejecutivo.

En conclusión, las facturas expedidas por la IPS y cuyo pago se pretende en la presente acción, no prestan mérito ejecutivo en la jurisdicción ordinaria, toda vez que el derecho que ostenta la entidad se basa en la materialización del riesgo asegurado y en todo caso, la obligación no se encuentra vertida en un documento que contenga una obligación clara, expresa y exigible, sino en el conjunto de documentos que de acuerdo a la normatividad del SOAT deben acompañarse con la reclamación, en otras palabras, no puede darse autonomía a la factura generada por la atención de una víctima de accidente de tránsito para constituir la título ejecutivo en la jurisdicción ordinaria, por cuanto esta es parte integrante de los documentos que según la norma son los pertinentes para acreditar el siniestro y la cuantía, aunado a la existencia de un SOAT vigente y con cobertura para el momento en que se presenta el accidente de tránsito. Es por ello que en la presente acción se presenta una clara ausencia de título ejecutivo, dado que no se está ante una obligación clara, expresa y exigible, y porque no se dio el supuesto

establecido en el Artículo 1053 del Código de Comercio, ya que mi representada, objetó en tiempo oportuno las reclamaciones presentadas.

2. INEXISTENCIA DE TÍTULO EJECUTIVO PORQUE LA FACTURA CAMBIARIA NO CUMPLE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA LEY.

Si en gracia de discusión se pudiera sostener que la factura cambiaria constituye el título ejecutivo, lo que no es posible ante los argumentos expuestos en la excepción anterior, debemos analizar si las facturas que en este proceso se presentan, cumplen los requisitos contenidos en el artículo 772 y siguientes del Código de Comercio y la ley 1231 de 2008 que modificó estas normas:

1. El primer requisito que exige el artículo 2 de la ley 1231 del 2008, modificatoria del artículo 772 del Código de Comercio, es que la factura expedida sea aceptada por el comprador o beneficiario del servicio y en todas y cada una de las facturas objeto del cobro ejecutivo no consta la aceptación de la factura por parte del asegurador, por el contrario, como la factura es uno de los documentos que integran la reclamación para afectar el SOAT, el asegurador de manera expresa consignó en la documentación recibida el sello de *“DOCUMENTOS RECIBIDOS UNICAMENTE PARA ESTUDIO”*, no puede tomarse este sello como la aceptación exigida en esta norma, el inciso segundo del artículo 2 de la ley 1231 del 2008, es claro en indicar que la aceptación debe ser de manera expresa y que debe estar en la factura esa aceptación o en un documento separado y si se observan todas y cada una de las facturas presentadas, se verá como en ninguna se evidencia la aceptación del título valor por parte del deudor.
2. Tampoco cumple ninguna de las facturas presentadas como título ejecutivo, los requisitos del artículo 774 de Código de Comercio modificado por el artículo 3 de la ley 1231 del 2008, toda vez que no se cumple con el requisito señalado en el numeral 2 de dicho artículo, que exige que además de la fecha de recibo, este indicado el nombre o la identificación o la firma del encargado de recibir la factura, ninguna de las facturas presentadas en este proceso para cobro ejecutivo tienen un nombre, una identificación o una firma del encargado de recibir la factura.

Al no cumplir las facturas de cobro presentadas en el presente ejecutivo los requisitos consagrados en el artículo 774 del Código de Comercio modificado por la ley 1231 del 2008, deberá darse plena aplicación a los establecido en el inciso 2 del artículo 3 de la ley 1231 del 2008 que establece:

“No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura”

De acuerdo a lo expuesto deberá revocarse el mandamiento de pago por no cumplir los requisitos exigidos para que se constituya título valor y preste merito ejecutivo.

3. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN POR LAS RECLAMACIONES OBJETADAS PARCIALMENTE

Respecto de las reclamaciones que se harán referencia a continuación, deberá tenerse en cuenta que dichas reclamaciones fueron objetadas parcialmente, toda vez que, no existió coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica.

Estas reclamaciones ascienden a la suma total de **QUINCE MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$15.934.189)** las cuales se relacionan a continuación:

No.	NUMERO FACTURA	VALOR OBJECCIÓN PARCIAL
1.	ACM-480901	\$385.530,00
2.	ACM-482013	\$100.965,00
3.	ACM-487069	\$137.019,00
4.	ACM-527614	\$328.900,00
5.	ACM-530778	\$4.679,00
6.	ACM-531776	\$662.465,00
7.	ACM-543762	\$5.481,00
8.	ACM-542952	\$2.984.030,00
9.	.ACM-482238	\$1.923.780,00
10.	ACM-702019	\$64.419,00
11.	ACM-702402	\$1.548.790,00
12.	ACM-702674	\$11.650,00

13.	ACM-702767	\$123.748,00
14.	ACM-704535	\$18.152,00
15.	ACM-705433	\$15.125,00
16.	ACM-708789	\$60.800,00
17.	ACM-710455	\$11.650,00
18.	ACM-711577	\$393.719,00
19.	ACM-712888	\$86.546,00
20.	ACM-714702	\$14,00
21.	ACM-715173	\$109.920,00
22.	ACM-715938	\$3.630.967,00
23.	ACM-717258	\$736.147,00
24.	ACM-903144	\$683.964,00
25.	ACM-903150	\$1.855.129,00
26.	ACM-905267	\$50.600,00
		\$15.934.189,00

3.1. OBJECCIÓN PARCIAL POR FACTURACIÓN: Este concepto obedece a todo aquello que la IPS factura pero que no está cubierto por la póliza o está siendo cobrado a un valor diferente a lo que el manual de auditoria tiene consignado que se debe cobrar, también hace alusión a los casos en los cuales las entidades cobran procedimientos que son inherentes a la técnica quirúrgica – procedimiento principal, razón por la cual no se encuentra acreditada su pertinencia y por tal motivo no surge obligación alguna de pago por parte de mi representada.

Las reclamaciones que fueron objetadas por este concepto ascienden a la suma de **UN MILLÓN CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$1.459.999)** tal y como consta en el siguiente cuadro:

No.	NUMERO FACTURA	FACTURACION
1.	ACM-542952	\$362.587,00
2.	ACM-702019	\$64.419,00
3.	ACM-702402	\$69.561,00
4.	ACM-712888	\$86.545,00
5.	ACM-715173	\$24.825,00
6.	ACM-715938	\$131.273,00
7.	ACM-717258	\$720.789,00
TOTAL		\$1.459.999,00

A modo ilustrativo, se toma la reclamación No. ACM-542952, en la cual se puede observar que mi representada dentro del término oportuno, formuló la objeción No. LIQ-201907003695 frente al concepto pretendido

denominado “LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN LIGAMENTOS” debido a que, de acuerdo a la descripción quirúrgica, se considera que hace parte de la técnica quirúrgica y del manejo integral de la lesión mayor, razón por la cual no hay justificación alguna para su cobro.

Al presentarse la objeción frente a la reclamación formulada por la IPS, y al no haber respuesta por parte de esta, la objeción se encuentra en firme, impidiendo así que de dicha reclamación se deriva una obligación clara, expresa y exigible.

Ahora, respecto a la reclamación No. ACM-715938, mi representada luego de analizar la documentación aportada por la parte demandante al momento de presentar la reclamación, encontró que varios conceptos pretendidos tales como “CATETER CENTRAL 2 VIAS 1.0”; “HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR”; “EQUIPO CYSTOFLO ADULTO” presentaban un sobreprecio en el valor pretendido, razón por la cual mi representada formuló la objeción No. LIQ-202106004097 y únicamente procedió a reconocer el valor promedio del mercado, tal y como se evidencia en la citada objeción:

Liquidación de siniestro No. 14-2019-1129597

Fecha de Pago :	01/10/2019	Víctima :	TI - 1002593103 - DIEGO LEON LADINO CASTAÑO	Número de factura :	ACM-715938
Fecha de siniestro :	07/08/2019	Póliza :	19405417	Orden de pago :	31604288
Fecha de ingreso :	07/08/2019	DX :	S098	Número de cheque ó transferencia :	369817

Número de radicación :IQ03450105613131094

Respetados señores (as) :Atendiendo a su solicitud de indemnización en virtud del contrato de seguros de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, de conformidad a las normas vigentes del ministerio de salud que nos imponen aplicar los valores del manual de tarifas y procedimientos vigentes; así:

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

Código	Descripción	Cant	Valor total	Valor pagado	Valor glosado	Observación
IC14394	Tubos endotraqueales unidad	1.0	\$9,433	\$9,433	\$0	
1921	NOREPINEFRINA X 4 MG/4 ML SLN INYECTABLE, AMPOLLA	4.0	\$30,700	\$25,284	\$5,416	2071 >> Los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados. >> SE OBJETA MVC NOREPINEFRINA X 4 MG/4 ML SLN INYECTABLE, AMPOLLA, SE RECONOCE SEGÚN COSTO PROMEDIO DEL MERCADO.
38825	SALA ESPECIAL UCINTERMEDIO SEGUNDO Y TERCER NIVEL	1.0	\$738,100	\$738,100	\$0	

Vale la pena advertir que dicha objeción era de pleno conocimiento de la aquí demandante, toda vez que fue remitida de manera electrónica, tal y como se puede evidenciar en el certificado No. E49368090-S expedido por la empresa de mensajería SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A. -472-, así:

Certificado de comunicación electrónica Email certificado

El servicio de **envíos**
de Colombia



Identificador del certificado: E49368090-S

Lleida S.A.S., Aliado de 4-72, en calidad de tercero de confianza certifica que los datos consignados en el presente documento son los que constan en sus registros de comunicaciones electrónicas.

Detalles del envío

Nombre/Razón social del usuario: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS (CC/NIT 860.037.013-6)

Identificador de usuario: 402354

Remitente: EMAIL CERTIFICADO de notificacionessoat@segurosmondial.com.co <402354@certificado.4-72.com.co>
(originado por notificacionessoat@segurosmondial.com.co)

Destino: carteracam@avidanti.com

Fecha y hora de envío: 18 de Junio de 2021 (23:01 GMT -05:00)

Fecha y hora de entrega: 18 de Junio de 2021 (23:01 GMT -05:00)

Asunto: LIQ-202106004097 :: Soportes de Liquidación pago por transferencia o cheque SOAT Mundial de Seguros (EMAIL CERTIFICADO de notificacionessoat@segurosmondial.com.co)

Mensaje:

Bogotá D.C. 6/18/2021

Señores:

CLINICA AVIDANTI MANIZALES

Departamento de Cartera.

NIT - 800185449

CALLE 10 No 2C-10B BARRIO VILLA PILAR Tel: 3173681149

CALDAS - MANIZALES

Al haberse formulado oportunamente la objeción por parte del asegurador frente a la reclamación presentada por la IPS, no surge obligación de pago alguna por parte de mi representada, toda vez que de dicha reclamación no se deriva una obligación clara, expresa ni exigible, y deberá ser entonces un Juez Civil quien mediante un proceso verbal determine a cuál de las partes le asiste razón.

- 3.2. **OBJECIÓN PARCIAL POR TARIFAS:** Este concepto corresponde a las objeciones formuladas por la compañía, cuando en la factura encuentra un valor mayor cobrado por parte de la IPS, traducándose esto en un sobreprecio en los medicamentos, insumos y demás conceptos utilizados en la atención médica brindada al paciente. Las reclamaciones que fueron objetadas por esta razón ascienden a la suma de **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE (\$4.682.495)**, así:

No.	NUMERO FACTURA	TARIFAS
1.	ACM-480901	\$2.430,00
2.	ACM-482013	\$100.965,00
3.	ACM-487069	\$87.819,00
4.	ACM-530778	\$4.679,00
5.	ACM-531776	\$131.615,00
6.	ACM-543762	\$1.520,00
7.	ACM-542952	\$27.784,00
8.	ACM-482238	\$1.326.480,00
9.	ACM-702402	\$34.009,00
10.	ACM-702767	\$38.748,00
11.	ACM-704535	\$3.027,00
12.	ACM-711577	\$5.019,00
13.	ACM-712888	\$1,00
14.	ACM-714702	\$14,00
15.	ACM-715173	\$5.045,00
16.	ACM-715938	\$941.692,00
17.	ACM-717258	\$15.358,00
18.	ACM-903144	\$683.964,00
19.	ACM-903150	\$1.272.326,00
	TOTAL	\$4.682.495,00

A modo de ejemplo, se pone de presente al Despacho que respecto a la reclamación No. ACM-903150, mi representada, mi representada formuló la objeción No. LIQ-202008032433, al encontrar que el concepto denominado “TENORRAFIA EXTENSORES DEDOS” presentaba un valor sobrefacturado que no se encontraba justificado por la IPS de acuerdo a la lesión descrita y descripción quirúrgica aportada.

La mencionada objeción, fue remitida a la demandante de manera electrónica tal y como se puede observar en el certificado No. E29613112-S expedido por la empresa de mensajería SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A. 472, y el cual será aportado con la presente contestación.

- 3.3. OBJECIÓN PARCIAL POR SOPORTES:** Cuando la IPS presenta una reclamación ante la aseguradora, dentro de los documentos requeridos para ello, debe acompañar la factura con los soportes correspondientes que acrediten lo allí facturado, es por tal razón que el asegurador, una vez recibe la reclamación, procede con el respectivo análisis para verificar que si haya coherencia entre lo facturado y la atención médica brindada a la víctima, en algunos casos la aseguradora logra evidenciar que la IPS no aportó el soporte de los conceptos facturados tales como RX, TAC, resonancias, o el soporte de la casa comercial donde se adquirieron los insumos, situación que lleva a que no se encuentra acreditado el siniestro ni la cuantía, por lo que no puede surgir obligación de pago alguna por parte de la mi representada.

Las objeciones que fueron objetadas por este motivo, ascienden a la suma de **TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE (\$3.133.948)**, tal como se evidencia a continuación:

No.	NUMERO FACTURA	SOPORTES
1.	ACM-542952	\$118.453,00
2.	ACM-702402	\$1.445.220,00
3.	ACM-702674	\$11.650,00
4.	ACM-704535	\$15.125,00
5.	ACM-705433	\$15.125,00
6.	.ACM-708789	\$60.800,00
7.	ACM-710455	\$11.650,00
8.	ACM-711577	\$94.700,00
9.	ACM-715173	\$34.250,00
10.	ACM-715938	\$1.326.975,00
	TOTAL	\$3.133.948,00

Para ilustrar al Despacho sobre este concepto, se tomará la reclamación No. ACM-702402, frente a la cual mi representada formuló la objeción No. LIQ-201906002566 al encontrar que la IPS no aportó la factura del proveedor del material de osteosíntesis tal como lo ordena el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26, numeral 5.

Por otra parte, respecto a la reclamación No. ACM-715938, mi representada formuló la objeción No. LIQ-202106004097, toda vez que, dentro de los

conceptos pretendidos, se encontraba el denominado “*RADIOGRAFIA COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES*” frente al cual la IPS no aportó la solicitud ni el soporte de lectura por parte del radiólogo, y ahora, respecto al concepto denominado “*RADIOGRAFIA TORAX*” la demandante facturó 4 unidades, pero no aportó el documento que permitiera soportar las cantidades pretendidas, así como la prestación de este servicio al paciente.

Para poder pretender el pago de los servicios prestados a la víctima de accidente de tránsito, la IPS está en la obligación de aportar los soportes donde consten que efectivamente fueron prestados y que además se encontraban habilitados para ello, pero como en el presente caso, la entidad aquí demandante omitió aportar los soportes de los conceptos pretendidos, no puede nacer obligación de pago por parte de mi representada, razón por la cual, no puede el Despacho considerar que la reclamación presta mérito ejecutivo cuando la IPS nunca aportó los documentos requeridos para acreditar la atención médica.

Resulta reprochable entonces que la IPS instaure una demanda pretendiendo el pago de unas reclamaciones, desconociendo a todas luces la normatividad SOAT que exige acompañar con la reclamación los soportes de la atención brindada, no puede entonces la IPS obviar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la normatividad SOAT, pues si esta normatividad exige aportar por ejemplo la factura del proveedor del material de osteosíntesis, la única manera en que la aseguradora está obligada a realizar el pago es si la demandante acompaña el respectivo soporte, y como en el caso que nos ocupa, en todas las reclamaciones referenciadas en el cuadro anterior, no se adjuntaron los respectivos soportes, no es posible que surja obligación por parte de la aseguradora de pagar el valor pretendido, ni mucho menos que el Despacho declare que de estas se desprende una obligación clara, expresa y exigible.

- 3.4. OBJECCIÓN PARCIAL POR COBERTURA:** El motivo de esta objeción se presenta cuando los procedimientos realizados a la víctima, no guardan relación con el manejo de las lesiones causadas en el accidente de tránsito relacionadas en la atención inicial de urgencias, tal como se puede observar en las objeciones formuladas frente a las reclamaciones No. ACM-487069 y No ACM-542952 y que serán aportadas con la presente contestación, las

cuales ascienden a la suma de **TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE (\$353.700)**.

- 3.5. OBJECCIÓN PARCIAL POR PERTINENCIA MÉDICA:** Las reclamaciones que se harán referencia más adelante y que ascienden a la suma de **CINCO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$5.230.144)** fueron objetadas por esta razón, al encontrar que la atención medica brindada al paciente, los medicamentos, insumos, ayudas diagnosticas brindadas a la víctima no eran pertinentes de acuerdo a las lesiones sufridas en el accidente de tránsito

No.	NUMERO FACTURA	PERTINENCIA
1.	ACM-480901	\$383.100,00
2.	ACM-527614	\$328.900,00
3.	ACM-531776	\$530.850,00
4.	ACM-543762	\$3.961,00
5.	ACM-542952	\$2.024.206,00
6.	ACM-482238	\$597.300,00
7.	ACM-702767	\$85.000,00
8.	ACM-715173	\$45.800,00
9.	ACM-715938	\$1.231.027,00
	TOTAL	\$5.230.144,00

Con el fin de ilustrar al Despacho sobre las objeciones formuladas por este motivo, se trae a colación la reclamación No. ACM-542952, frente a la cual mi representada formuló la objeción No. LIQ-201907003695, al encontrar que varios conceptos pretendidos, tales como *“TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA, RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL”, “HABITACIÓN BIPERSONAL TERCER NIVEL”* no eran pertinentes ni se encontraban justificados de acuerdo con el diagnostico y cuadro clínico.

Allí también se objetó el concepto denominado *“TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA CRANEO SIMPLE”* al encontrar que no era pertinente ni se encontraba justificada, dado que el paciente no presentaba traumatismo craneo encefálico ni se evidenciaban síntomas neurológicos que justificaran realizar la ayuda diagnostica pretendida.

Situación similar ocurre con la reclamación No. ACM-715938, frente a la cual la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., formuló la objeción No. LIQ-

202106004097 al encontrar que el concepto pretendido denominado “*TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ABDOMEN TOTAL*” no era pertinente ni se encontraba justificado de acuerdo con el diagnostico brindado al paciente.

Lo evidenciado anteriormente, se presenta también en las demás reclamaciones referenciadas, por tal motivo, es importante que el Despacho tenga en cuenta que si las reclamaciones referenciadas fueron objetas por pertinencia médica y la IPS no da respuesta a la objeción formulada por la aseguradora indicando el por qué el concepto facturado si es pertinente, la objeción adquiere firmeza y genera plenos efectos frente a la entidad demandante, por tal motivo, la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. cuenta con motivos suficientes para no realizar el pago pretendido, máxime cuando de dichas reclamaciones no se deriva un obligación clara, expresa ni mucho menos exigible.

- 3.6. OBJECIÓN PARCIAL POR HABILITACIÓN:** Los servicios que prestan las IPS, deben están habilitados en el Registro Especial de Prestadores del Ministerio de Salud y Protección Social, por tal motivo, mi representada en las reclamaciones que se referenciarán más adelante y que ascienden a la suma de **TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE (\$344.600)** objetó algunos servicios facturados al comprobar que la IPS no se encontraba habilitada para prestarlos.

NUMERO FACTURA	HABILITACION
ACM-711577	\$294.000,00
ACM-905267	\$50.600,00
TOTAL	\$344.600,00

Tal es el caso de la Reclamación No. ACM-905267 en donde se facturó un concepto denominado “*CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA NEUROCIRUGÍA*” sin embargo, una vez mi representada procedió a realizar las validaciones correspondientes, encontró que en el registro especial de prestadores del Ministerio de Salud y Protección Social la IPS no se encontraba habilitada para prestar el servicio pretendido.

Si la IPS pretende el pago de un concepto frente al cual esta no se encuentra habilitada para prestarlo, no puede surgir obligación de pago alguna por parte de mi representada y si se llegare a ordenar el pago de un concepto frente al cual la IPS no se encuentra habilitada para prestar el servicio, se estaría defraudando a las aseguradoras y se estaría permitiendo que varias entidades continúen ejerciendo este tipo de prácticas que resultan ser completamente reprochables.

- 3.7. OBJECCIÓN POR SOBREPRECIO EN EL MAOS:** Las reclamaciones que se harán referencia más adelante y que ascienden a la suma de **SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TRES PESOS M/CTE (\$729.303)**, fueron objetadas por esta razón, al encontrar un sobreprecio en el material de osteosíntesis pretendido, situación que llevó al asegurador a reconocer únicamente el precio promedio del mercado.

No.	NUMERO FACTURA	MVC MAOS
1.	ACM-542952	\$146.500,00
2.	ACM-903150	\$582.803,00
	TOTAL	\$729.303,00

Se precisa al Despacho que adicional a lo anteriormente expuesto, en la actualidad existen materiales equivalentes o convalidables a menor costo, los cuales cuentan con óptimos estándares de calidad y que se encuentran encaminados a la excelencia de la atención en salud y costo efectividad de la prestación del servicio médico, razón por la cual llevó a mi representada a formular las respectivas objeciones, no habiendo justificación alguna para que una IPS pretenda el pago del material de osteosíntesis utilizado en la atención quirúrgica del paciente a un valor superior al precio promedio del mercado, así las cosas, al haberse formulado oportunamente la objeción respecto a las reclamaciones referenciadas, no puede considerar el Despacho que de estas se deriva una obligación clara, expresa ni exigible.

Por las consideraciones expuestas a lo largo de esta excepción, se precisa que al librar el mandamiento de pago el Despacho está desconociendo los trámites que la regulación SOAT ha establecido para aquellos eventos en que el asegurador

objeta una reclamación, la normatividad es clara que frente a la objeción, **la IPS que ha prestado el servicio está en la obligación de dar respuesta a los requerimientos formulados por el asegurador** y en las reclamaciones relacionadas en los cuadros anteriores, está claro que la aseguradora en forma oportuna y fundamentada formuló la objeción requiriendo a la IPS aclarar aspectos referentes a la reclamación, anexar documentación faltante o justificar la pertinencia de una atención, y la demandante incumplió esos requerimientos procediendo a instaurar un proceso ejecutivo pretendiendo el pago de unas reclamaciones que no prestan mérito ejecutivo ya que la IPS nunca dio respuesta a la objeción, nunca demostró la pertinencia de la atención, la habilitación para prestar los servicios facturados, o demostrar que los valores pretendidos se encontraban ajustados, además, tampoco aportó los documentos que se echaban de menos, ni aclaró las situaciones que se discutían.

Por lo argumentos planteados, el Despacho deberá declarar que las reclamaciones indicadas no cumplen los requisitos exigidos por la normatividad que regula el SOAT para que haya una obligación a cargo del asegurador y por lo tanto no puede exigirse el cumplimiento de esa obligación inexistente, por cuanto, respecto a cada una de esas, se formuló la correspondiente objeción, sin que a la fecha se haya acreditado que lo pretendido si era pertinente, que los conceptos facturados no presentaban sobreprecio, que se presentaron los documentos que servían de soporte a lo pretendido en la factura o que la IPS se encontraba habilitada para prestar el servicio.

Es claro entonces que existe unas reclamaciones que fueron objetadas y no contestadas y por lo tanto, **no se deriva de la reclamación ninguna obligación clara, expresa y exigible a cargo del asegurador**, para que este estuviese obligado a pagar la indemnización reclamada será necesario que la IPS demuestre que la objeción no se encuentra fundada y que la aseguradora acceda a acoger los argumentos planteados por la IPS y en el evento en que se mantenga la discrepancia entre la posición del asegurador y la posición de la IPS, será un Juez de la República quien deba definir a quien le asiste la razón, no es el acreedor quien tiene la potestad para hacer desaparecer la objeción y crear un mérito ejecutivo que no existe.

Cuando una reclamación es objetada parcialmente, de acuerdo a la regulación SOAT, las áreas de auditoría médica de la aseguradora y de la IPS, realizan una reunión en la que cada quien expone los criterios científicos con fundamento en los cuales la aseguradora objeta, o los fundamentos científicos que la IPS esgrime para que no proceda la objeción y en esa reunión se logra o el levantamiento de la objeción o la aceptación de la objeción y aquellas reclamaciones donde no hay un acuerdo quedan en discusión, y será el Juez el que defina si la razón la tiene el acreedor o el deudor; no puede entonces la IPS desplazando al Juez llamado a resolver la discrepancia iniciar un proceso ejecutivo porque considera que la factura presta mérito ejecutivo haciendo caso omiso a las discusiones planteadas entorno a los conceptos desarrollados en esta excepción y omitiendo informar sobre ello al Despacho.

Al librar mandamiento de pago y asignar mérito ejecutivo a las reclamaciones que fueron objetadas parcialmente por los diferentes conceptos expuestos, el Despacho está desconociendo que existe una controversia con el asegurador, ya que este considera que la atención dada a la víctima no es pertinente entre tanto que la IPS considera que si lo es, o la aseguradora indica que la IPS no se encuentra habilitada para prestar el servicio facturado, mientras que la IPS indica que si se encuentra habilitada, por tal motivo, tal y como se ha expuesto en reiteradas oportunidades, las diferencias surgidas entre las partes deben ser resueltas mediante un proceso de conocimiento y no un proceso ejecutivo, para que dentro del proceso, el Juez luego de realizar un estudio concienzudo y detallado de las circunstancias que rodearon las objeciones, y las pruebas aportadas por las partes, defina a quien le asiste la razón.

Frente a todas las reclamaciones ya referenciadas, la compañía formuló las respectivas objeciones dentro del término oportuno, razón que lleva a concluir que no existen argumentos dentro del proceso para afirmar las reclamaciones referenciadas por la parte demandante prestan mérito ejecutivo, toda vez que a la fecha las objeciones se encuentran en firme, situación que no lleva a que surja obligación alguna de pago por parte de mi representada, ni que de dichas reclamaciones emane una obligación clara, expresa ni muchos menos exigible.

En las reclamaciones indicadas en el cuadro anterior, en las que la aseguradora objetó un examen diagnóstico, un procedimiento, una atención médica, un medicamento, un servicio, etc, existe una discusión científica que no puede ser resuelta en un trámite ejecutivo, muchas de estas reclamaciones se refieren a pacientes que ingresan con leves lesiones y a los cuales la IPS les practica varios exámenes diagnósticos que de acuerdo a las guías de atención médica no eran necesarios, o por facturar conceptos superando los topes establecidos para ello, por tal motivo, si se realizase el pago de todos esos exámenes diagnósticos, procedimientos innecesarios, que presentan sobreprecio, o frente a los servicios respecto a los cuales la IPS no acreditó suficientemente su prestación, se vería agotada la cobertura de amparo de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, de manera más rápida lo que conllevaría que la víctima no pudiese recibir todas las atenciones que requiere y es por esta razón que la reglamentación SOAT le permite al asegurador objetar por las razones ya referenciadas, ciertas atenciones; como en las reclamaciones antes indicadas hay una objeción formulada oportunamente por la compañía aseguradora, no existe entonces una obligación clara, expresa y exigible .

4. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN RESPECTO A RECLAMACIONES FRENTE A LAS QUE SE FORMULÓ OBJECCIÓN TOTAL

El trámite de cobro de las reclamaciones que generan las IPS, por la atención de servicios médicos y clínicos con cargo a las pólizas SOAT, se encuentra regulado por el Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, Decreto 180 de 2016, Decreto 2423 de 1996 en el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT. Las tarifas de los servicios que prestan las IPS, los insumos como el material de osteosíntesis, la utilización de prótesis, entre muchos otros, están completamente regulados porque se busca que no se cobren sumas en exceso, que no se presten servicios que no son pertinentes para el tipo de lesión o tratamiento y que no se utilicen materiales innecesarios, o que se formulen reclamaciones con cargo al SOAT cuando no ocurrió un accidente de tránsito, el vehículo asegurado no estuvo involucrado, hubo concurrencia de vehículos; todas estas medidas buscan proteger los dineros que se recaudan por concepto de primas del SOAT.

Es así como luego de prestado el servicio, la IPS presenta la reclamación ante la aseguradora, por medio de las cuales, acreditan, su derecho ante esta, la ocurrencia del siniestro y la cuantía. Una vez radicada la reclamación ante la compañía aseguradora, está dentro del mes siguiente a la fecha de presentación de la misma, debe efectuar el pago de la indemnización; objetar la reclamación total o parcialmente. Ante los casos en los cuales es objetada la reclamación por parte de la compañía aseguradora y la IPS no está de acuerdo, esta debe manifestarse ante la aseguradora, indicando las razones por las cuales no debió ser objetada la reclamación, frente a lo cual, pueden ocurrir cuatro escenarios: **(1)** La compañía aseguradora se ratifica en la objeción, en razón a que no está de acuerdo con la justificación dada por la IPS; **(2)** se llega a un acuerdo conciliatorio respecto al valor, y en efecto se paga un valor inferior al reclamado; **(3)** la IPS acepta la objeción; o **(4)** La compañía desiste de la objeción y efectúa el pago.

De acuerdo a lo anterior, las compañías aseguradoras, como administradores de estos recursos, deben hacer un control de lo que se factura verificando que se cobren servicios efectivamente prestados, que se cobre dentro de las tarifas establecidas y que los materiales que se cobran cuenten con la respectiva factura.

Las objeciones y/o devoluciones de las reclamaciones, ascienden a la suma total de **SIETE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS NUEVE PESOS M/CTE (\$7.339.509)**, tal como se relaciona a continuación, respecto a cada una de las razones por las cuales fue objetada o devuelta:

No.	NUMERO FACTURA	CAUSAL OBJECCION	VALOR OBJECCION TOTAL O DEVOLUCION
1.	ICM-421366	TOPE MAXIMO DE COBERTURA	\$2.278.335,00
2.	ICM-423249	TOPE MAXIMO DE COBERTURA	\$37.644,00
3.	...ACM-462603	TOPE MAXIMO DE COBERTURA	\$1.297.780,00
4.	ACM-718910	NO ACCIDENTE DE TRANSITO	\$3.725.750,00
			\$7.339.509,00

Cómo ya se indicó, cuando existe una observación a la reclamación presentada, el asegurador genera la respectiva objeción a la reclamación indicando al prestador

del servicio el motivo de objeción, y es la IPS la obligada a indicarle a la compañía los fundamentos de hecho y de derecho respecto a la improcedencia de la objeción, y de ser debidamente fundamentado, la compañía procederá a la cancelación de la objeción y a efectuar el pago. En el caso concreto de las reclamaciones cuyo cobro se pretende, debe indicarse de manera categórica que respecto de las reclamaciones que se indicarán a continuación, la compañía hizo la respectiva objeción indicando los motivos.

En el cuadro anterior se evidencia que 4 reclamaciones fueron objetadas en su totalidad, y por tal motivo, no fueron pagadas, tal como consta en los comunicados enviadas a la IPS, por medio de los cuales, se objetan y se argumenta en debida forma el motivo de tal objeción, los cuales se adjuntan a la presente. En los siguientes términos:

1. **Objeción total por tope máximo de cobertura:** Respecto a las reclamaciones que se relacionaran más adelante y que ascienden a la suma de **TRES MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$3.613.759)**, fueron objetadas en su totalidad, toda vez que, se agotó el tope máximo permitido para el amparo de gastos médicos y la compañía aseguradora no está obligada a pagar un mayor valor, sino que esto se encuentra a cargo única y exclusivamente de la Entidad Prestadora del Servicio de Salud en la que se encuentra afiliado el paciente.

No.	NUMERO FACTURA	CAUSAL OBJECION	VALOR OBJECION TOTAL O DEVOLUCION
1.	ICM-421366	TOPE MAXIMO DE COBERTURA	\$2.278.335,00
2.	ICM-423249	TOPE MAXIMO DE COBERTURA	\$37.644,00
3.	...ACM-462603	TOPE MAXIMO DE COBERTURA	\$1.297.780,00
			\$3.613.759

El SOAT en el amparo de gastos médicos tiene fijado un límite determinado en salarios mínimos diarios vigentes, cuando a una víctima de accidente de tránsito se le realizan varias atenciones médicas, la IPS va enviando al asegurador las reclamaciones, y la compañía las paga teniendo como límite

el indicado, los servicios de salud brindados al paciente que superen el tope, ya no están a cargo de asegurador SOAT porque se agotó el límite asignado, y el pago de la atención comienza a cargo de la EPS, del ADRES o de la misma víctima según sea el caso; el asegurador, tiene limitada su obligación al límite de cobertura, y si este se agota ya no existe obligación a su cargo.

Como el amparo de gastos médicos se encuentra agotado, la compañía aseguradora no está obligada a pagar la suma que pretende la aquí demandante respecto a las reclamaciones referenciadas anteriormente, ya que a la fecha se cumplió con el pago del tope máximo permitido para el amparo de gastos médicos.

Para acreditar el agotamiento de cobertura se acompañan los certificados de agotamiento de cobertura relativo a las reclamaciones antes indicadas, lo que dará al Juez un elemento más para la convicción que de las reclamaciones frente a las cuales se libró mandamiento de pago, no se deriva una obligación clara, expresa ni exigible, que la IPS haya generado una factura por un mayor valor a la cobertura del SOAT no hace surgir obligación a cargo del asegurador por ese exceso, su obligación se limita a la cuantía establecida para el amparo de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios.

2. **Objeción no accidente de tránsito:** Las compañías aseguradoras, tienen el deber de realizar un control a las reclamaciones presentadas, es por ello que luego de indagar y realizar el estudio de la documentación presentada, se puede advertir que en algunos casos el siniestro nunca existió toda vez que este no tenía sustento en un accidente de tránsito, razón por lo cual es completamente reprochable el hecho de que la IPS pretenda el pago de reclamaciones que ya habían sido objetadas por lo expuesto anteriormente, dejando en evidencia un actuar temeroso y de mala fe por parte de la aquí demandante; si la asegurador al objetar la reclamación logró establecer que las lesiones que fueron objeto de la atención médica no fueron causadas en un accidente de tránsito en que estuviese involucrado el vehículo asegurado con el SOAT, resulta imposible que surja una obligación

indemnizatoria a cargo de aquella ya que el SOAT solo ampara accidentes causados por el vehículo asegurado, esto no significa que la IPS no pueda cobrar los costos de la atención médica cuando se objeta por esta razón una reclamación, la IPS queda en la posibilidad de cobrar el costo de la atención médica a la EPS, a la ARL o a la víctima que recibió el servicio en el evento en que no exista una entidad obligada al pago.

la reclamación No. ACM-718910 que asciende a la suma de \$3.725.750 fue objetada por esta razón, por tal motivo, si la lesión presentada en la víctima no es derivada de un accidente de tránsito, en ningún momento el pago de esta reclamación podría ser asumido por la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A, puesto que es claro que el SOAT solo cuenta con cobertura para eventos en donde resulta involucrado un vehículo automotor asegurado.

De acuerdo a lo anterior, deberá tenerse en cuenta entonces que en materia de SOAT la factura por sí sola no es el documento que pueda prestar mérito ejecutivo, ya que la factura es uno de los varios documentos que se incorporan con la reclamación, es esta, es decir la reclamación la que podría prestar mérito ejecutivo pero en el caso que nos ocupa las reclamaciones del cuadro anterior no tienen tal calidad, toda vez que, de manera oportuna y fundamentada la aseguradora expuso las razones por las cuales no podía atender la reclamación, por lo tanto si cada reclamación tiene un motivo de objeción no puede tomarse solo la factura como el documento que según la IPS presta el mérito ejecutivo; al tratarse de una reclamación debe analizarse toda la documentación que es soporte de la misma y si de ella se deriva que no hay una cobertura o que no está acreditado el derecho a la indemnización en cabeza del reclamante, o alguna otra causa que impida el pago, si la IPS estima que la objeción no es procedente debe acudir al juez competente mediante un proceso verbal de conocimiento y no un ejecutivo, para que este dirima el conflicto surgido con la aseguradora.

En el mandamiento de pago se evidencia que el documento que sirve de título ejecutivo es la factura, sin embargo, omite el despacho considerar que de acuerdo con la normatividad que regula el SOAT, la factura es solo uno de los documentos

que deben acompañarse con la reclamación, existen otros documentos que son fundamentales para que el asegurador pueda analizar la reclamación y atender el pago u objetar la misma, cuando se toma en cuenta solo la factura le está dando a esta una autonomía que la legislación del SOAT no le da, la reclamación es un todo y como las objeciones se formulan con fundamento en los otros documentos aportados con la reclamación, no se puede independizar la obligación, ya que la factura tiene como soportes el informe de accidente, la historia clínica, el SOAT afectado; no existe entonces un solo documento del cual surja el mérito ejecutivo sino una reclamación compuesta de varios documentos y al darle autonomía a un solo documento se estaría contrariando la regulación de las reclamaciones SOAT y toda la operatividad de las mismas, todos los Decretos que regulan el SOAT facultan a los aseguradores para objetar y cuando se le da mérito ejecutivo a la factura está, dejando sin efecto esos decretos que autorizan la objeción.

5. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN EN LAS RECLAMACIONES ACEPTADAS POR LA IPS.

El día 17 de enero de 2021, se llevó a cabo conciliación de glosas y cuentas médicas, a la cual asistió Diana Marcela Otavalo Aguirre en calidad de auditora de la IPS y Yuly Andrea Cabrera en calidad de auditora de la compañía que represento, en la cual se suscribió una acta denominada “*Detalle de Conciliación de Glosas y Cuentas Médicas*” bajo el código 2019-0117, en la cual se logra evidenciar que la aquí demandante aceptó objeciones que ascienden a la suma de **CIENTO TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE (\$135.522.)**, tal y como se relaciona a continuación:

No.	NUMERO FACTURA	SALDO REGISTRADO POR LA IPS
1.	.ACM-457418	\$337,00
2.	.ACM-471910	\$68.099,00
3.	.ACM-477662	\$66.127,00
4.	.ACM-514593	\$476,00
5.	.ACM-524782	\$483,00
		\$135.522

Deberá tener en cuenta el Despacho que no puede ordenarse el pago de las reclamaciones antes referenciadas, toda vez que ya el mismo acreedor aceptó la objeción, es decir, reconoció que la compañía aseguradora tenía razón para no realizar el pago y por tal motivo, no se desprende de estas una obligación clara, expresa y exigible.

6. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Frente algunas de las reclamaciones que son objeto de debate en esta demanda, y que serán relacionadas más adelante, solicito se declare la prescripción extintiva de las acciones derivadas del contrato de seguro, por las razones que expongo a continuación:

1. El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se encuentra regulado en la Parte VI, Capítulo IV del Estatuto Orgánico Financiero, y respecto al término de prescripción aplicable a las acciones derivadas de este, por remisión expresa consagrada en el artículo 192 de dicho estatuto, se aplican las normas del Código de Comercio en lo referente al contrato de seguro terrestre, las cuales consagran, concretamente en el artículo 1081, un régimen especial de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, en los siguientes términos:

“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”.

2. A su vez, de manera específica, el Decreto 056 de 2015 (Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito) en los artículos 11 y 41¹ definen las reglas relativas a la prescripción respecto de los prestadores de servicios de salud en relación a las reclamaciones por servicios de salud, las cuales, igualmente, remiten expresamente al artículo 1081 del Código de Comercio, en los siguientes términos: *“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.”*
3. El numeral 1 del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, dispone que, para el pago de reclamaciones, *“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 Comercio”.*
4. A la luz de los preceptos normativos en cita, el término de prescripción aplicable para las acciones derivadas del SOAT, sin ninguna discusión, lo determina el artículo 1081 del Código de Comercio. Así mismo, la ley de manera específica establece el momento a partir del cual debe contabilizarse el término prescriptivo.
5. La prescripción ordinaria comienza a correr cuando el titular de la acción tiene conocimiento, o ha debido tenerlo, del hecho del cual se origina la reclamación, es decir de ocurrido el siniestro. Por su parte, la prescripción extraordinaria, comienza a correr desde el momento en el que nace el respectivo derecho. Al respecto, la Superintendencia Financiera, en concepto 2016046856-001 del 14 de junio del 2016 expresó:

“Para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la

¹ Artículos que se encuentran compilados en el Capítulo 4 del Decreto 780 de 2016 denominado “Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT”

prescripción ordinaria y, el momento del nacimiento del derecho, independiente de cualquier circunstancia y aún cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no”

6. Respecto al momento en cual comienza a correr los términos de prescripción, la Corte Suprema de Justicia en sentencia STC 5094-2015, citando lo dispuesto por la misma corporación mediante sentencia del 4 de abril de 2013, expuso:

“Con anterioridad, la Sala se pronunció sobre los términos usados en el precepto materia de análisis para precisar que ‘las expresiones ‘tener conocimiento del hecho que da base a la acción’ y ‘desde el momento en que nace el respectivo derecho’ (utilizadas en su orden por los incisos 2° y 3° del artículo 1081 del C. de Co.) comportan ‘una misma idea’, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’ (...). En la misma providencia esta Sala [sentencia del 3 de mayo de 2000, exp. 5360] concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era ‘el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario’, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal ‘se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después’. En suma, la regla legal aplicable en casos como el

presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria' (sentencia del 12 de febrero de 2007, exp. 1999-00749).

"En cuanto a la concurrencia que puede presentarse en el cómputo de ambos términos, resaltó la Corporación que '[e]n punto de su operancia, propio es notar que las dos formas de prescripción son independientes, amén que autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, y que adquiere materialización jurídica la primera de ellas que se configure. Ahora bien, como la extraordinaria aplica a toda clase de personas y su término inicia desde cuando nace el respectivo derecho (objetiva), ella se consolidará siempre y cuando no lo haya sido antes la ordinaria, según el caso (sentencia del 29 de junio de 2007, exp. 1998-04690).

7. Cuando las IPS prestan servicios médicos amparados por las pólizas SOAT, se tiene que el hecho que da base a la acción se da en el momento propio de la atención médica que se presta, es decir que, a partir de allí, como la IPS ya sabe de la ocurrencia del siniestro, comienza a correr el término de prescripción ordinaria para hacer la reclamación. Tal como lo consagra el numeral 1 del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, en los siguientes términos:

"1. Pago de reclamaciones. Para tan 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, contrato 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.

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

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

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

_(...)"

Al respecto, la Superintendencia Financiera, en concepto 2008269-001 de 16 de julio del 2008, precisó que con la atención de la víctima por parte del hospital se tiene conocimiento del siniestro que da lugar a la acción, por lo que el término, deberá contarse desde dicha circunstancia: "... 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 la factura comercial, de tal suerte que si la atención de la víctima del accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción".

8. Lo anterior es confirmado en los conceptos No. 2016046856-001 del 14 de junio de 2016 y No. 2013070104-002 del 18 de septiembre de 2014 expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
9. Ahora, en relación con la interrupción de la prescripción, en razón de que, en el Código de Comercio, no se regula este fenómeno, a la luz de lo consagrado en el artículo 822 ibidem deberá remitirse a las normas generales del derecho civil, con el fin de establecer los parámetros bajo los cuales deberá determinarse la interrupción.

10. En este sentido, el artículo 2539 del Código civil dispone que la prescripción puede interrumpirse natural o civilmente. **“Se interrumpe civilmente por la demanda judicial”**. Bajo este lineamiento, el inciso primero del artículo 94 de la ley 1463 de 2012 (Código General del Proceso), la prescripción se interrumpe civilmente en la fecha de presentación de la demanda únicamente cuando su notificación se surte dentro del término previsto legalmente.

11. A su vez, tal como lo dispuso la Superintendencia Financiera en concepto 2014053842-001 del 28 de julio del 2014, además de la modalidad general de interrupción de la prescripción introducida por el Código General del Proceso, ***“también resulta aplicable a las acciones derivadas del contrato de seguro en aquellos casos en los cuales se consoliden las condiciones de acreedor y deudor de las partes en el negocio asegurador (aseguradora-tomador/asegurado/beneficiario)”***

12. Por lo anterior, el término de prescripción de las acciones derivadas del SOAT, se interrumpe, bien sea civilmente en la fecha de presentación de la demanda cuando su notificación se surte dentro del término de un año contado a partir del día siguiente a la notificación.

13. El Juez, deberá declarar la prescripción de las reclamaciones que se harán referencia más adelante, por las siguientes razones:
 - 13.1. De acuerdo en el cuadro relacionado en el hecho quinto de la demanda, las reclamaciones fueron radicadas ante la aseguradora entre los años 2017 y 2020, y desde la fecha en que fueron radicadas, comenzaba a correr el término de prescripción de 2 años.

 - 13.2. En vista de la situación presentada en el país por el Covid-19 y el Estado de Emergencia Social y Económica declarada por el Gobierno Nacional, se expidieron varias regulaciones normativas, decretando la suspensión de términos de prescripción y caducidad, de la siguiente manera:

- i. El Decreto Legislativo No. 564 de 2020 en su artículo 1 suspendió el término de prescripción y caducidad a partir del 16 de marzo de 2020, y hasta el día que el Consejo Superior de la Judicatura disponga la reanudación de los términos judiciales.
- ii. El Acuerdo PCSJA20-11517 del 15 de marzo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, establece en su artículo 1, la suspensión de los términos judiciales desde el 16 de marzo hasta el 20 de marzo de 2020.
- iii. El Acuerdo PCSJA20-11521 del 19 de marzo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 21 de marzo de 2020 hasta el 3 de abril de 2020.
- iv. El Acuerdo PCSJA20-11526 del 22 de marzo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 4 de abril de 2020 hasta el 12 de abril de 2020.
- v. El Acuerdo PCSJA20-11532 del 11 de abril de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 13 de abril de 2020 hasta 26 de abril de 2020.
- vi. El Acuerdo PCSJA20-11546 del 25 de abril de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 27 de abril de 2020 hasta 10 de mayo de 2020.
- vii. El Acuerdo PCSJA20-11549 del 07 de mayo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 11 de mayo de 2020 hasta el 24 de mayo de 2020.
- viii. El Acuerdo PCSJA20-11556 del 22 de mayo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 25 de mayo de 2020 hasta el 8 de junio de 2020.
- ix. El Acuerdo PCSJA20-11556 del 22 de mayo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 25 de mayo de 2020 hasta el 8 de junio de 2020.
- x. El Acuerdo PCSJA20-11567 del 5 de junio de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo

- 2, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 9 de junio de 2020 hasta el 30 de junio de 2020.
- xi. El Acuerdo PCSJA20-11581 del 27 de junio de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, el levantamiento de los términos judiciales y administrativos a partir del 1 de julio de 2020
- b. Aunque el termino de prescripción fue suspendido por durante el periodo mencionado en los numerales que antecede, el día 1 de julio de 2020, se reanudó el computo de la prescripción, sin embargo, la parte actora mantuvo una conducta pasiva, al no instaurar la demanda dentro del término oportuno, sino que esperó hasta el día 12 de mayo de 2021 para instaurar la demanda ejecutiva, generando que el fenómeno de la prescripción se configurara en varias reclamaciones que son objeto de discusión dentro del presente proceso.

Las reclamaciones respecto de las cuales operó el fenómeno de la prescripción, ascienden a la suma total de **SIETE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$7.293.697)**.

En el siguiente cuadro se podrá observar en cada reclamación cuando se presentó la reclamación a la aseguradora, fecha a partir de la cual corre el termino prescriptivo de dos años señalado en la Ley y como entre cada una de esas fechas de cada relación y la fecha en la que se presentó la demanda transcurrieron más de dos años sin que la IPS instaurara la demanda pretendiendo el pago de estas reclamaciones, y pese a que se interrumpió el término en las reclamaciones, ya se configuró el fenómeno de la prescripción.

No.	NUMERO FACTURA	FECHA DE AVISO INICIAL	SALDO REGISTRADO POR LA IPS
1.	ICM-421366	30/11/2016	\$2.278.335,00
2.	ICM-423249	13/01/2017	\$38.722,00
3.	ACM-457418	22/08/2017	\$337,00
4.	...ACM-462603	2/01/2018	\$1.297.780,00
5.	ACM-471910	9/11/2017	\$68.099,00
6.	ACM-477662	2/01/2018	\$66.127,00
7.	ACM-480901	11/01/2018	\$385.530,00
8.	ACM-482013	21/03/2019	\$100.965,00

9.	ACM-487069	12/02/2018	\$137.019,00
10.	ACM-514593	13/07/2018	\$476,00
11.	ACM-524782	1/10/2018	\$483,00
12.	ACM-527614	19/10/2018	\$328.900,00
13.	ACM-530778	19/11/2018	\$4.679,00
14.	ACM-531776	19/11/2018	\$662.465,00
15.	ACM-482238	12/02/2018	\$1.923.780,00
		TOTAL	\$7.293.697

Si tomamos como ejemplo la reclamación No. ICM-421366 cuyo valor pretendido asciende a la suma de \$2.278.335, se puede observar que esta fue presentada ante la aseguradora el día 13 de enero de 2017, pese a que el accidente de tránsito había ocurrido el 30 de noviembre de 2016, fecha desde la cual comenzaba a correr el término de prescripción de 2 años, por lo tanto, la IPS tenía hasta el 29 de noviembre de 2018 para instaurar la demanda correspondiente, pero como solo hasta el 12 de mayo de 2021 la aquí demandante instauró la demanda ejecutiva, para dicha fecha ya el fenómeno de la prescripción se había configurado.

Lo expuesto anteriormente, se puede evidenciar en la prueba documental de la parte actora así:



DIACORSAS SUCURSAL IC DE MANIZALES

800.185.449-9

Calle 10 N0 2C-10 Avenida Restrepo Restrepo. Teléfono(096)8990000
Fax (96) 8990001, Manizales - Colombia - Sur América

SEÑORES: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A

FACTURA DE VENTA



ICM- 421366

VENCE: 30-dic-2016

NIT: 860.037.0136
TELEFONO 2855600
DIRECCION Calle 33 No. 6-B-24
MUNICIPIO BOGOTA D.C.FECHA 30-nov-2016
CONTRATO: SOAT2016
PLAN: ACCIDENTES DE TRANSITO

Por Concepto de Servicios Prestados a:		Identificación		HC		Estancia	
CEBALLOS BLANDON MANUELA		CC 1053848987				1	
Número de Atención	405862	Ingreso	09/nov/2016 11:37:00 am	Egreso	10/nov/2016 1:26:00 pm		
Hospitalización por Urgencias							
Alterno	Descripción	Fecha	Vale	Val/ Uni	Can	Valor Total	
201	ELEMENTOS MEDICO QUIRURGICOS					470,695	
65	ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS Y TERAPÉUTICAS					1,658,000	
300	ESTANCIA HABITACIONES					253,500	
425	MEDICAMENTOS POS					16,274	
603	ORTOPEDIA					8,137,500	
SON: DIEZ MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CENTAVOS				Valor Bruto	10,535,969		
				Descuento	0		
				Valor Neto	10,535,969		
				Pagos			
				Total	10,535,969		
Dx(s) Ingreso	CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO						
Dx(s) Egreso	DESGARRO DEL CARTILAGO ARTICULAR DE LA RODILLA, PRESENTE						
Procedimiento(s)	Manejo y Tratamiento Médico, RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA, SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA						
Salida							
Procedencia	MANIZALES						
Recibido:	 						
Acceptado							
Nit o C.C.	Jefe Facturación						

Es claro entonces que la demandante tenía un tiempo señalado en la ley para exigir al deudor el pago de las obligaciones surgidas por la prestación de los servicios de salud a la víctima de accidente de tránsito amparada por el SOAT y que en las reclamaciones que se han referido en el cuadro anterior se ha configurado la prescripción extintiva de la obligación porque transcurrió el término de dos años señalado en la ley, sin que se hiciera efectiva de manera judicial la obligación.

Es importante que se tenga en cuenta el despacho que las reclamaciones respecto de las cuales se propone la prescripción indicada en el cuadro anterior, fueron reclamaciones que en su debida oportunidad la aseguradora objetó total o parcialmente y al momento de presentarse la demanda, además de mantenerse la objeción formulada, se configura la prescripción, toda vez que la IPS dejó

trascorrir el término de 2 años contados desde la reclamación para instaurar la acción correspondiente.

Es claro que la acción derivada del contrato de seguro tiene una regulación especial en cuanto al término prescriptivo, el artículo 1081 indica que dicho término es de 2 años sin que sea posible aplicar las normas del Código Civil que regulan la prescripción extintiva por las siguientes razones:

1. A la luz de los preceptos normativos en cita, el término de prescripción aplicable para las acciones derivadas del SOAT, sin ninguna discusión, lo determina el artículo 1081 del Código de Comercio, el cual de manera específica establece el momento a partir del cual debe contabilizarse el término prescriptivo.
2. El artículo 2536 del Código Civil, solo es aplicable si no existe una norma especial que regule la prescripción, al existir la norma especial debe la IPS aplicar la norma especial sobre la general, máxime cuando las obligaciones que se están cobrando son de naturaleza comercial y al tenor de lo dispuesto en el artículo 1 y 2 del Código de Comercio que establecen:

“Artículo 1: Los comerciantes y los asuntos mercantiles se regirán por las disposiciones de la ley comercial, y los casos no regulados expresamente en ellos, serán decididos por analogía de sus normas.”

Artículo 2: “en las cuestiones comerciales que no pudieren regularse conforme a la regla anterior, se aplicarán las disposiciones de la legislación civil”.

3. Es claro entonces que en materia de prescripción al existir una norma especial en el Código de Comercio que regula este fenómeno en el Contrato de Seguro, la IPS debe aplicar el artículo 1081 del Código de Comercio y no puede aplicar el artículo 2356 del Código Civil, toda vez que la legislación civil solo es aplicable cuando no exista norma aplicable en el Código de Comercio.

4. El artículo 2545 del Código Civil indica:

“Las prescripciones de corto tiempo a que están sujetas las acciones especiales que nacen de ciertos actos o contratos se menciona en los títulos respectivos, y corren también contra toda persona; salvo que expresamente se establezca otra regla”

5. No hay duda alguna que en la demanda se está pretendiendo el pago de unas reclamaciones derivadas por la atención médica brindada por la IPS a las supuestas víctimas de accidentes de tránsito y tampoco existe duda de que la razón de por la que se pretende el pago al asegurador es la existencia de un contrato de seguro denominado SOAT y como en los contratos como el de seguro existe una prescripción de corto tiempo, el despacho debe aplicar la norma especial a que se refiere este artículo 2545, que no es otra que el artículo 1081 del Código de Comercio y al aplicarla necesariamente debe arribarse a la conclusión de que todas las facturas respecto de las cuales se propone la excepción de prescripción no puede surgir obligación de pago.

7. IMPROCEDENCIA DE COBRO DE INTERESES MORATORIOS

El artículo 1080 del Código de Comercio establece que la obligación del asegurador de pagar intereses moratorios al 1,5 veces el interés corriente bancario, cuando ha transcurrido un mes de la fecha en la que el asegurado o beneficiario acrediten los requisitos del artículo 1077 del código de comercio, es decir siniestro y cuantía, solo si el beneficiario, para nuestro caso la demandante AVIDANTI S.A.S acredita siniestro y cuantía, surge la obligación del asegurador de reconocer intereses moratorios, sin embargo, como en la totalidad de las reclamaciones que se incluyen en el mandamiento de pago en forma oportuna el asegurador objetó las mismas, señalando las razones de la objeción, esto conlleva a que no esté acreditado el siniestro y la cuantía y en consecuencia no existe obligación a cargo del asegurador y menos aún el deber de pagar intereses moratorios respecto de una obligación que no existe, bien sea porque fue objetada o porque operó el fenómeno de la prescripción.

8. TEMERIDAD Y MALA FE

El artículo 79 del Código General del Proceso, establece los casos en los cuales se presume que ha existido temeridad o mala fe. Precepto normativo que se cita a continuación:

“Artículo 79. Temeridad o mala fe. Se presume que ha existido temeridad o mala fe en los siguientes casos:

- 1. Cuando sea manifiesta la carencia de fundamento legal de la demanda, excepción, recurso, oposición o incidente, o a sabiendas se aleguen hechos contrarios a la realidad.*
- 2. Cuando se aduzcan calidades inexistentes.*
- 3. Cuando se utilice el proceso, incidente o recurso para fines claramente ilegales o con propósitos dolosos o fraudulentos.*
- 4. Cuando se obstruya, por acción u omisión, la práctica de pruebas.*
- 5. Cuando por cualquier otro medio se entorpezca el desarrollo normal y expedito del proceso.*
- 6. Cuando se hagan transcripciones o citas deliberadamente inexactas.”*

El numeral primero de la norma citada, es claro en indicar que se presume que hay temeridad y mala fe cuando sea manifiesta la carencia de fundamento legal de la demanda, excepción, recurso, oposición o incidente, o a sabiendas se aleguen hechos contrarios a la realidad. Por lo tanto, en el caso que nos ocupa la mala fe del demandante se presume, en la medida en que es evidente y claro que en la demanda alegan hechos contrarios a la realidad, en atención a que la parte actora omite informar al Despacho que frente a cada una de las reclamaciones que componen el presente proceso ejecutivo, mi representada dentro del término oportuno objetó ya sea parcial o totalmente la reclamación, situaciones que están siendo desconocidas por la entidad.

Basta que el despacho realice un paralelo entre cada una de las reclamaciones relacionadas en el cuadro del hecho quinto de la demanda con los diferentes

cuadros relacionados en esta contestación, para que logre evidenciar que la aquí demandante omitió relacionar toda la información que ha sido objeto de las excepciones formuladas, y que por lo tanto, se deberá llegar a la conclusión que las reclamaciones referenciadas no prestan mérito ejecutivo, al igual que este proceso, no es el idóneo para pretender el pago, dado que el correspondientes es un proceso verbal en donde el Juez determine a quien le asiste la razón y si en consecuencia la compañía aseguradora debe realizar el pago pretendido.

En razón de la presunción contenida en el precepto normativo, deberá el juez darle aplicación al artículo 79 que regula la responsabilidad patrimonial de las partes cuando se presenta la causal antes descrita configurativa de temeridad y mala fe, y en consecuencia, proceda a imponer las multas que la norma establece y fijar el monto de la indemnización por los perjuicios causados.

EXCEPCIÓN PREVIA

Esta se formulará en escrito separado.

PRUEBAS

1. INTERROGATORIO DE PARTE

Cítese al representante legal de la demandante para que en la oportunidad señalada por el Despacho absuelva el Interrogatorio de Parte que en forma verbal le formularé, se pretende la confesión de los hechos relacionados con las excepciones de fondo formuladas.

2. DECLARACIÓN DE PARTE

De conformidad con el artículo 165 y 198 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa por el Código de Procedimiento Laboral, que establece como medio de prueba la declaración de parte, cítese al representante legal de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. para que, en la oportunidad señalada por

el despacho, rinda declaración de parte, se pretende con esta prueba demostrar el pago de las facturas descritas y las razones por las cuales fueron objetadas.

3. TESTIMONIAL

- Cítese a la Doctora ANDREA PIÑEROS, funcionaria del departamento Jurídico de SOAT de la COMPAÑIA MUNDIAL SEGUROS S.A., Para que declare sobre los hechos de la demanda, la contestación a la misma y las excepciones propuestas. Esta prueba tiene como objeto, acreditar el motivo de las objeciones de las reclamaciones citadas y que no han sido subsanadas por la IPS y también poder demostrar la mala fe de la demandante. Este testigo se encuentra domiciliada en la calle 33 N° 6B - 24 –Bogotá D.C. Correo electrónico: apineros@segurosmundial.com.co
- Cítese al Doctor ARIEL CÁRDENAS, funcionario del departamento Jurídico de SOAT de la COMPAÑIA MUNDIAL SEGUROS S.A. Para que declare sobre los hechos de la demanda, la contestación a la misma y las excepciones propuestas. Esta prueba tiene como objeto, acreditar el motivo de las objeciones de las reclamaciones citadas y que no han sido subsanadas por la IPS y también poder demostrar la mala fe de la demandante. Este testigo se encuentra domiciliado en la calle 33 N° 6B - 24 –Bogotá D.C. Correo electrónico: acardenas@segurosmundial.com.co
- Cítese a la Doctora NARCY GARCÍA TORRES, director Médico de la COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS. Para que declare sobre las objeciones por impertinencia. Este testigo se encuentra domiciliado en la calle 33 N° 6B - 24 –Bogotá D.C. Correo electrónico: ngarcia@segurosmundial.com.co; teléfono (+571) 2855600.

4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

Solicito que de acuerdo al artículo 265 y 266 del Código General del Proceso, y con el fin de acreditar: i) las objeciones formuladas por la compañía aseguradora; ii) las respuestas que la IPS dio a la aseguradora frente a las objeciones; iii) la respuesta

que la aseguradora dio a la IPS en la que mantuvo la objeción; ordénese a la AVIDANTI S.A.S exhibir los siguientes documentos que tiene en su poder:

- 4.1. Las comunicaciones mediante las cuales solicitó el levantamiento de la objeción explicando las razones por las cuales debía levantarse la objeción.
- 4.2. Los comunicados mediante los cuales se aportaron los documentos que acreditaran que la reclamación objetada por no accidente de tránsito, si se derivaba de un accidente de tránsito en el que se haya visto involucrado un vehículo asegurado por la compañía.
- 4.3. Los comunicados mediante los cuales se aportaron los documentos que desvirtuaran que la cobertura de las pólizas SOAT no se encontraban agotadas.
- 4.4. Los comunicados mediante los cuales la IPS acredite que si se encontraba habilitada para la prestación de lo servicios objetados.

5. DOCUMENTAL

Para que sean valoradas como prueba me permito acompañar los siguientes documentos:

1. Cuadro en Excel en el que se relaciona cada una de las facturas y se indica la fecha de pago y la objeción que se hizo de la misma, que se encuentra en el link de OneDrive denominado **"CRUCE DE CARTERA"**
2. Comunicados enviados a la IPS por medio de los cuales se informa la objeción o devolución, que se encuentran en la carpeta del link de OneDrive denominada **"CARTAS Y COMUNICACIONES"**
3. Pruebas de entrega de los comunicados por medio de los cuales se objetaron las reclamaciones que se encuentran en la carpeta del link de OneDrive denominada: **"CONSTANCIAS DE RECIBIDO"**

4. Certificados de agotamiento de cobertura respecto a las reclamaciones referenciadas en la excepción denominada *“INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN RESPECTO A RECLAMACIONES FRENTE A LAS QUE SE FORMULÓ OBJECCIÓN TOTAL”* que se encuentran en la carpeta del link de OneDrive denominado: *“CERTIFICADOS AGOTAMIENTO DE COBERTURA”*.
5. Informes de investigación llevadas a cabo respecto a las reclamaciones objetadas, que se encuentran en la carpeta del link de OneDrive denominado: *“INFORME DE INVESTIGACIÓN”*
6. Acta de conciliación llevada a cabo entre la demandante y mi representada la cual se encuentra en la carpeta del link de OneDrive denominado *“CONCILIACIÓN”*.

Las anteriores pruebas relacionadas se encuentran en el siguiente link de OneDrive:

<https://drive.google.com/drive/folders/1eS68Hr0o60dxcqQ3Z11sCMCZhUY1pv0s?usp=sharing>

ANEXOS

1. Los relacionados en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de la Compañía Mundial Seguros S.A.

DIRECCIONES DE NOTIFICACIÓN

APODERADO

Calle 4 sur Nro. 43 AA – 30, oficina 404, Edificio Formacol, Barrio El Poblado, Medellín.

e-mail: notificaciones@jcyepesabogados.com – jcyepes@jcyepesabogados.com

Celular: 318 243 4892

SOCIEDAD DEMANDADA: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Correo electrónico para notificaciones judiciales:
mundial@segurosmundial.com.co

Cordialmente,



JULIO CESAR YEPES RESTREPO
C.C.71.651.989 de Medellín
T.P. 44.010 del C S de la J.