

Señor
**JUEZ QUINTO CIVIL MUNICIPAL
BOGOTÁ D.C – CUNDINAMARCA**

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DEMANDA

TIPO DE PROCESO: DECLARATIVO – MENOR CUANTÍA
DEMANDANTE: FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO
DEMANDADO: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
RADICADO: 11001400300520220048800

JULIO CÉSAR YEPES RESTREPO, en calidad de apoderado de la **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, según certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Medellín adjunto, y estando dentro del término de traslado procedo a dar respuesta a la demanda en los siguientes términos:

1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

PRIMERO: ES CIERTO.

SEGUNDO: ES CIERTO.

TERCERO: NO ES UN HECHO. La actora, escuetamente enlista una serie de datos sin establecerles circunstancias de tiempo, modo o lugar. El recuadro elaborado por la parte activa relaciona las siguientes categorías: i) Ítem ii) Factura iii) Nombre, iv) Documento y v) Saldo; lo anterior, no permite advertir, (como según afirmó la parte accionante), el tipo de asistencia en salud realizado por la IPS. A su vez, es preciso subrayar que, si bien, el extremo activo denomina una columna como: "saldos", tales no representan valores insolutos, pendientes de pago, puesto que, con relación a cada una de las reclamaciones que hacen parte de esta litis, se presentó alguna de las siguientes situaciones: i) Formulación de una objeción total, ii) Formulación de una objeción parcial, iii) Aceptación por la Entidad Prestadora de Servicios de Salud de la objeción formulada por la aseguradora o iv) Realización del pago por la aseguradora. Estos sucesos conllevan a que: i) No se encuentren acreditados por parte de FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO, ni la ocurrencia del siniestro, ni la cuantía de la pérdida, en los precisos términos exigidos por el artículo 1077 del Código de Comercio, y ii) Consecuentemente, la supuesta obligación de pago por parte de mi representada, no exista, y por ende, no pueda asumirse como pura y simple.

CUARTO: NO ES CIERTO. Por cuanto, en el presente numeral se mencionan varios hechos, el pronunciamiento se efectuará de manera separada frente a cada uno de ellos:

- Respecto a que la parte actora radicó facturas ante COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A, ES CIERTO. Precisando que con las facturas se adjuntó el formato FURIPS y todos los documentos exigidos por la legislación SOAT.
- Respecto a que las facturas, adosadas a las correspondientes reclamaciones cumpliesen con el lleno de los requisitos legales y se acompañasen de todos los soportes generados por la atención de servicios prestados, NO ES CIERTO, contrario a lo referido, se pone en conocimiento del Despacho, que entre las varias objeciones realizadas por COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A, existieron algunas, cuya razón estribó en la no aportación de los soportes que lograsen acreditar lo facturado. Así mismo, se informa que, esta objeción (al igual que todas las demás) fue debidamente comunicada a la accionante como más adelante, en el acápite de excepciones se acreditará, y, siendo debidamente puesta en su conocimiento, la actora optó por guardar silencio, es decir, no allegó los soportes de hecho y de derecho correspondientes que, llevasen a la parte pasiva a aceptar el valor peticionado y, por ende, a realizar el pago.

Con relación a las circunstancias que debieron confluir para que naciese en cabeza de mi representada la obligación de pago, con ocasión a la afectación al SOAT, es prudente, recordar que, la demandante debió acreditar: i) que las lesiones de la víctima fueron derivadas de un accidente de tránsito en donde resultó involucrado un vehículo asegurado, ii) que la póliza de este se encontraba vigente para la fecha de los hechos, iii) que el servicio facturado sí guardaba relación con las lesiones sufridas en el siniestro vial, iv) que los insumos y medicamentos se facturaron de conformidad con el tarifario estipulado, y v) que se acompañaban los soportes para poder constatar que efectivamente los servicios, medicamentos, insumos, entre otros, en atención al caso, fueron practicados y suministrados a la víctima.

QUINTO: NO ES CIERTO. Por cuanto, en el presente numeral se mencionan varios hechos, el pronunciamiento se efectuará de manera separada frente a cada uno de ellos:

- Respecto a que COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A, recibió las facturas con sus soportes, NO ES CIERTO, hubo facturas sin soportes, tal como se refirió en el numeral anterior.
- Respecto a que en las copias de las facturas se estampó sello de recibido, ES CIERTO. Precisando que como la compañía tiene un

término de un mes para hacer la auditoría, en el sello se indicó que se recibía para estudio.

SEXTO: NO ES CIERTO. COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A, no presentó objeción solo respecto a algunas facturas, como afirma la accionante, mi representada presentó objeciones respecto a todas las reclamaciones (no facturas, porque estas son uno de los tantos documentos que acompañan la reclamación y tales no se objetan, se objeta es la reclamación). Adicionalmente, se pone en conocimiento del Despacho que ninguna de las objeciones fue subsanada por la demandante.

SÉPTIMO: NO ES CIERTO. Mi representada canceló los valores reclamados que tuvieron la suficiencia, para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio, en los demás supuestos, efectuó las correspondientes objeciones totales o parciales, en las que puso en conocimiento la no procedencia de los saldos excedentes que en opinión de la accionante debía recibir por la atención en salud, y al respecto es preciso advertir que, las referidas no fueron enmendadas, así, entonces, dichas objeciones se encuentran en firme y al estarlo no puede mi representada asumir el pago. Se llama la atención al Despacho que las objeciones formuladas, no fueron producto de una decisión arbitraria y caprichosa por parte de la compañía aseguradora, fueron el resultado de análisis rigurosos, en donde se estudió toda la documentación aportada por la parte demandante y, en donde, luego, de realizar las labores correspondientes, se concluyó que los pagos no procedían en los estrictos términos solicitados por la accionante.

Es de resaltar que conforme a lo dispuesto en los artículos 1080, 1077 y 1053 del Código de Comercio y el inciso cuarto del artículo 38 del Decreto 056 del 2015, cuando una compañía de seguros objeta una reclamación SOAT, ya sea por: póliza prestada, no accidente de tránsito, concurrencia de vehículos, pertinencia, por exceso en los precios tarifados, ausencia de cobertura, por falta de documentación soporte de la reclamación, por duplicidad en el cobro de un procedimiento, atención médica y/o por cualquier otra causa, dicha reclamación no pueden considerarse como una cartera pendiente de pago, porque en razón de la objeción, no surge una obligación a cargo del asegurador. El hecho de que la compañía aseguradora objete el pago no quiere decir que la IPS pierda el valor que erogó al realizar la atención médica prestada, simplemente, significa ello que, debe dirigir su reclamación al verdadero obligado.

OCTAVO: ES CIERTO.

2. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me OPONGO a que sean acogidas cada una de las pretensiones de la demanda por las razones que expondré de forma detallada al formular el acápite de excepciones, no obstante, me permito, preliminarmente enunciarlas:

- 1. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN FRENTE A LAS RECLAMACIONES OBJETADAS PARCIALMENTE:** Gran parte de las reclamaciones que son objeto de la presente demanda y de las que se hará referencia más adelante, fueron objetadas parcialmente por razones, tales como: sobreprecio en material de osteosíntesis, indebida facturación, indebida tarifación, ausencia de soportes de facturación e impertinencia del procedimiento, las cuales se expondrán de manera más detallada en el apartado de excepciones. No obstante, se informa que el valor al que ascienden corresponde en su totalidad a la suma de: **TREINTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$ 31.203.736).**

- 2. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN RESPECTO A LAS RECLAMACIONES EN QUE SE FORMULÓ OBJECCIÓN TOTAL:** Gran parte de las reclamaciones que son objeto de la presente demanda y de las que se hará referencia más adelante, fueron objetadas totalmente por solicitud de documentos (devolución) y/o aclaración de hechos, razones que se expondrán de manera más detallada en el apartado de excepciones. No obstante, se informa que el valor al que ascienden corresponde en su totalidad a la suma de: **VEINTINUEVE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS M/TE (\$29.260.166).**

- 3. PAGO:** en la presente acción se incluyen reclamaciones frente a las cuales mi representada efectuó pagos los días 4 y 6 de mayo de 2022, respectivamente, los cuales generaban para algunas reclamaciones la extinción de la obligación por pago total, y para otras, el deber de reducción del monto petitionado por la accionante, puesto que, sin perjuicio de las excepciones que, más adelante se formularán y mediante las cuales se probará la inexistencia de obligación pendiente de pago por parte de mi representada, se debe recalcar que, la parte accionante debió actuar con lealtad procesal, informando tales pagos al momento de presentación de la demanda (22 de mayo de 2022), so pena de estar incurriendo en un doble cobro. Se informa que el valor al que ascienden los pagos corresponde en su totalidad a la suma de: **TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS (\$3.951.334).**

- 4. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN RESPECTO A LAS RECLAMACIONES ACEPTADAS POR LA IPS:** Se hace saber al Despacho que algunas reclamaciones cuyo pago se pretende, fueron objetadas parcialmente por la compañía y frente a dicha objeción la IPS aceptó el valor objetado (o eso manifestó en su momento), no obstante, a hoy está pretendiendo su cobro por la vía judicial, lo que resulta a todas luces un absoluto contrasentido. Se informa que el valor al que ascienden las aceptaciones corresponde en su totalidad a la suma de: **DOS MILLONES SEISCIENTOS DIECIOCHO MIL DOCE PESOS M/CTE (\$2.618.012).**
- 5. MALA FE EN LA RECLAMACIÓN – PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN:** El artículo 1078 del Código de Comercio en su inciso 2 establece: "*la mala fe del asegurado en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la perdida de tal derecho*", en el caso que nos ocupa, existió mala fe de la demandante al formular la reclamación, porque solicita el pago de rubros que exceden los precios promedios del mercado para el material de osteosíntesis, factura algunos medicamentos, insumos o atenciones médicas con valores diferentes a los establecidos en el tarifario, además, de que, cobra valores que: o bien, habían sido pagos, o bien, ella misma había aceptado la razón de su no pago.
- 6. TEMERIDAD Y MALA FE:** Deberá el juez darle aplicación al artículo 79 del Código General del Proceso, toda vez que, en el presente asunto la parte actora está alegando hechos contrarios a la realidad, ya que, la demandante refirió que mi representada solo presentó algunas objeciones y que, en todos los eventos, tales fueron subsanadas por aquella (hecho sexto del libelo). No obstante, tal aseveración es contraria a la realidad.
- 7. INEXISTENCIA 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, la parte actora no ha acreditado debidamente tanto la ocurrencia del siniestro, como la cuantía de la pérdida, tal como lo establece el artículo 1077 del Código de Comercio, por lo tanto, no se causan los intereses regulados por el artículo 1080 ibidem. La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha sido clara en indicar que solo se causan intereses moratorios cuando en el proceso se demuestran el siniestro y la cuantía.

Finalmente, me permito poner de presente que, si bien la parte accionante en sus fundamentos de derecho cita el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, cuyo destinatario normativo son las entidades responsables del pago de servicios de salud (ERP), se precisa que, tal calidad no la detenta COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.; así lo estableció de manera clara el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL en el artículo 2 de la Resolución 510 del 2022, razón por la cual, al no ser COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. una entidad responsable del pago de servicios de salud (ERP), por ende, las reclamaciones que la demandante presentó a mi representada cuando brindó atención en salud a víctimas de accidente de tránsito, deben observarse bajo su normatividad específica del Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016 , Decreto 2423 de 1996, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) a partir del artículo 192 y siguientes, y en lo no previsto allí, en lo regulado para el seguro de transporte terrestre del Código de Comercio. La demandante confunde los trámites que ella debe surtir cuando atiende a un afiliado de la EPS al plan obligatorio de salud o a un afiliado de la ARL por riesgos profesionales, con la atención de víctimas de accidentes de tránsito con cargo al SOAT, se trata de dos tipos de atenciones diferentes con regulaciones autónomas y no puede, como lo pretende, aplicarse a las compañías SOAT la reglamentación de las EPS o de las ARL.

Es, entonces, usted, señor Juez, como director del proceso, el encargado de seleccionar y aplicar la norma correcta para la solución de la controversia, aun cuando la parte accionante no haya sido acertada en su invocación o razones de derecho, lo anterior, en virtud del principio Iura Novit Curia y del deber de interpretación de la demanda, pues, es sabido que, si bien en un principio, la parte demandante delimita la normativa en la que se movilizará la litis, cuando en su enunciación comete imprecisiones u omisiones, tales no pueden ser ignoradas.

8. EXCEPCIONES

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Antes de comenzar a desarrollar las excepciones que se formularán dentro del proceso que nos ocupa, se procederá a exponer unas consideraciones previas sobre el trámite de reclamaciones por servicios médicos prestados a cargo de la póliza SOAT, con el fin de que el Despacho pueda tener pleno conocimiento sobre las gestiones que se deben adelantar para pretender el pago de las atenciones brindadas a las víctimas de accidentes de tránsito con cargo al SOAT y para que pueda surgir obligación de pago por parte de la compañía aseguradora.

El trámite respectivo para el cobro o recaudo de facturas que generan las entidades prestadoras de servicios médicos a cargo del SOAT, se encuentra regulado por el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en los cuales se indican los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.

Conforme lo establece el Artículo 8 del Decreto 056 de 2015, la entidad prestadora del servicio que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, es la legitimada para reclamar a la compañía aseguradora el reconocimiento y pago del valor del servicio médico prestado. La norma en mención reza:

"Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima."

Por su parte, el numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) establece el trámite que debe surtir la entidad que haya atendido a una víctima de accidente de tránsito; indicando que ésta debe presentar una reclamación a la aseguradora, la cual debe ir acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales sufridos y su cuantía, es decir, que la entidad prestadora del servicio debe acreditar su derecho ante la compañía aseguradora conforme lo establece el Artículo 1077 del Código de Comercio. La norma referida establece:

"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.”

Esta norma debe ser leída e interpretada en concordancia con lo dispuesto por los Artículos 26, 31, 32 y 36 del Decreto 056 de 2015, que establecen la documentación necesaria para la presentación por parte del hospital de la reclamación de pago por la prestación del servicio de salud con cargo al SOAT, estas normas regulan el contenido de esa documentación, en especial lo relacionado con el contenido de la epicrisis y el resumen clínico de atención, los requisitos de la factura y la verificación de requisitos por parte de la aseguradora.

Ahora bien, el numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero hace referencia a una norma que para el análisis que haga usted señor Juez, resulta de vital importancia y que guarda plena relación con la disposición anterior, y es el Artículo 1077 del Código de Comercio, norma que establece la obligación del asegurado de acreditar el siniestro y la cuantía y la posibilidad y la facultad que tiene el asegurador de objetar el supuesto derecho reclamado con hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad.

Cuando las entidades prestadoras radican reclamaciones a la compañía, se realizará por parte de la aseguradora la investigación y estudio correspondiente de la reclamación, que puede llevar a su pago, objeción parcial o total, las cuales pueden fundarse en:

- Que las atenciones reclamadas no eran pertinentes.
- Que se reclamaron valores mayores a los establecidos en las tarifas establecidas por el Gobierno Nacional o superiores a los precios del mercado.
- Que el hecho que generó la atención médica no era un accidente de tránsito.
- Que la póliza con base en la cual se reclamaba había sido prestada, toda vez que, el vehículo asegurado no había estado involucrado en el accidente.
- Que la póliza que se pretende afectar no fue expedida por la compañía aseguradora a quien se reclama.
- Que hubo un agotamiento del límite del valor asegurado por el SOAT para el amparo de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios.

- En casos en los que se reclama el pago de material de osteosíntesis, debido a que no se aportó el soporte de adquisición del material a su proveedor o porque el precio reclamado rebasa la media del mercado.

Si las entidades prestadoras de servicios médicos a víctimas de accidentes de tránsito a cargo del SOAT al radicar sus reclamaciones, no aportan los respectivos soportes, o hay inconsistencias en sus reclamaciones, el Decreto 3990 de 2007 permite a las aseguradoras que administran recursos de las pólizas SOAT, objetar dichas reclamaciones, en los siguientes términos:

Artículo 5°. Controles. Por tratarse de uno de los planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quienes tienen a su cargo el pago de las indemnizaciones a las que se refiere el presente decreto, deberán objetar las reclamaciones en las cuales no se encuentre debidamente demostrada la ocurrencia del hecho o la cuantía de la indemnización o esta ya se hubiere reconocido. Para el efecto, deberán cruzar los datos que constan en las reclamaciones con aquella información disponible sobre pagos ya efectuados por el mismo concepto por otra aseguradora o la Subcuenta ECAT del Fosyga, sobre pagos efectuados por las Administradoras de Pensiones y de Riesgos Profesionales, sobre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y aquellas que prestan servicios de ambulancia habilitadas, sobre vehículos automotores, y las demás que se estimen pertinentes.

Para facilitar los cruces de información antes referidos, el Ministerio de la Protección Social implementará las consultas pertinentes a través del Registro Único de Afiliados, RUAF, para establecer quiénes cuentan con afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral. Hasta tanto se habilite la citada consulta, se procederá a verificar la afiliación mediante la remisión de archivos planos, conforme al anexo técnico que se expida para el efecto.

Igualmente, las IPS; el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y las compañías de seguros, estas en cuanto detecten pólizas falsas, deberán informar a las autoridades de tránsito los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el numeral 2 del artículo 197 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, mediante el procedimiento que se determine para el efecto.

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

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

Adicionalmente, se advierte al Despacho que una vez se presenta la reclamación ante el asegurador, de conformidad con el inciso cuarto del artículo 38 del Decreto 056 de 2015 y el artículo 1080 del Código de Comercio, este estará obligado a efectuar el pago dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite tanto la ocurrencia del siniestro como la cuantía de la pérdida tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Por lo anterior, deberá tener en cuenta el Despacho que las objeciones formuladas por mi representada frente a cada una de las reclamaciones referenciadas por la parte actora fueron debidamente fundamentadas, teniendo en cuenta lo dispuesto en la reglamentación SOAT, por lo que son completamente oponibles a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO y generan consecuencias como el no surgimiento de la obligación a cargo de la compañía aseguradora.

Así las cosas, una vez mi representada fue notificada de la presente demanda, procedió con el estudio riguroso de cada una de las reclamaciones que la parte actora pretende sean canceladas, y evidenció que frente a cada una ejerció las acciones correspondientes, tales como: las objeciones totales y las objeciones parciales, con sus correspondientes notificaciones a la accionante en debida forma y tiempo, tal como se expondrá a continuación:

1. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN FRENTE A LAS RECLAMACIONES OBJETADAS PARCIALMENTE

Respecto a las reclamaciones que se referenciarán a continuación, deberá tener en cuenta el Despacho que estas 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, además de que, dichas objeciones están autorizadas por la normatividad que regula el SOAT.

Estas reclamaciones ascienden a la suma total de **TREINTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$ 31.203.736)**. las cuales se relacionan a continuación:

| <u>NUMERO FACTURA</u> | <u>VALOR OBJECCIÓN PARCIAL</u> |
|---------------------------|----------------------------------------|
| 38691 | \$6.935.064,00 |
| 16149 | \$50.600,00 |
| 38465 | \$417.800,00 |
| 39883 | \$20.431.300,00 |
| 40875 | \$112.400,00 |
| 41489 | \$3.256.572,00 |
| TOTAL: | \$31.203.736,00 |

Como ya se había indicado anteriormente, el trámite de cobro de las reclamaciones que generan las IPS, derivadas de las atenciones médicas brindadas a víctimas de accidentes de tránsito con cargo a las pólizas SOAT, se encuentra completamente regulado por las disposiciones citadas anteriormente, con el fin de que no se cobren sumas en exceso en el material de osteosíntesis, en medicamentos, o insumos derivados de la atención médica, que no se presten servicios médicos que resultan no ser pertinentes acorde con la lesión o tratamiento de la víctima, que no se cobren conceptos que no son derivados de accidentes de tránsito, que no se cobren atenciones por encima del valor asegurado del amparo de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, etc; medidas que son generadas con la finalidad de no defraudar a las aseguradoras y de garantizar la adecuada atención de los pacientes, evitando así que la cobertura otorgada se vea agotada más rápido.

Las reclamaciones referenciadas en el cuadro anterior, fueron objetadas parcialmente, razón por la cual no fue posible efectuar el pago por parte de la compañía, situación que es confirmada mediante los comunicados remitidos por mi representada a la IPS, por medio de los cuales se objetan y se indican de manera detallada las razones de la objeción.

Como las objeciones obedecen a diferentes razones, a continuación, se exponen de manera separada, así:

1.1. 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 **OCHO MILLONES DOSCIENTOS QUINCE MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE (\$8.215.300)** tal y como consta en el siguiente cuadro:

| <u>NUMERO</u> <u>FACTUR</u> <u>A</u> | <u>FACTURACIÓN</u> |
|--------------------------------------------|------------------------|
| 16149 | \$50.600,00 |
| 38465 | \$417.800,00 |
| 39883 | \$7.746.900,00 |
| TOTAL: | \$ 8.215.300,00 |

A modo ilustrativo, se toma la reclamación respaldada por la factura No. 39883, frente a la cual mi representada de manera oportuna formuló la objeción No. LIQ-202106003529, la cual fue ratificada mediante la objeción No. LIQ-202109001786 al encontrar que el valor facturado por concepto de OSTEOPLASTIA VARIOS HUESOS, LESION FIBRO OSEA (AN) GRUPO 12, hacia parte de la técnica quirúrgica y del manejo integral de la lesión, sin justificación para su cobro de forma adicional. No es posible pagar dos veces el mismo servicio; por otro lado, respecto al concepto facturado denominado GRAM, TINCION Y LECTURA, se encontró que tal, no era pertinente, ni justificado de acuerdo con el diagnóstico y cuadro clínico. Tal como se advierte:

Liquidación de siniestro No. 82-2021-1123549

| | | | | | |
|----------------------|------------|-----------|-----------------------------------|------------------------------------|----------|
| Fecha de Pago : | 16/06/2021 | Víctima : | CC - 1087120404 - JESUS ARISMENDI | Número de factura : | FE39883 |
| Fecha de siniestro : | 01/11/2020 | Póliza : | 78181135 | Orden de pago : | 22216157 |
| Fecha de ingreso : | 05/11/2020 | DX : | V294 | Número de cheque ó transferencia : | 508720 |

Número de radicación : CMVIQ03400000646778

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 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|--------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2401AN | DESCOMPRESION DE ORBITA (EXCEPTO VIA TECHO ORBITA) (AN) GRUPO 10(Codigo SOAT 39108) | 1.0 | \$197,900 | \$0 | \$197,900 | 1151 >> El prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) >> SE OBJETA LA TOTALIDAD DE SERVICIOS QUIRURGICOS Y MAOS RELACIONADO FACTURADO. PARA CONTINUAR TRAMITE, SE REQUIERE VERIFICAR SOPORTE DE INTERPRETACION REALIZADO POR EL MEDICO RADIOLOGO DE LAS AYUDAS DX RELACIONADAS A LAS LESIONES OSEAS FACIALES QUE GENERAN LOS SERVICIOS AQUI RECLAMADOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL DEC 058/2015 ART 31 NUMERAL 15, SOPORTE NO APORTADO DENTRO DE LA DOCUMENTACION ANEXA A LA RECLAMACION. SUJETO A NUEVA VERIFICACION INTEGRAL POR AUDITORIA AL APORTAR SOPORTE SOLICITADO. |
| 16508AN | OSTEOPLASTIA VARIOS HUESOS, LESION FIBRO OSEA (AN) GRUPO 12(Codigo SOAT 39110) | 1.0 | \$251,000 | \$0 | \$251,000 | 1271 >> Se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura. >> NO SE RECONOCE PROCEDIMIENTO DEL COD 16508 G12, DE ACUERDO A |

LIQ-202106003529 Pagina 2 de 29

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | DESCRIPCION QUIRURGICA SE CONSIDERA QUE HACE PARTE DE LA TECNICA QUIRURGICA Y DEL MANEJO INTEGRAL DE LA LESION MAYOR Y/O SIN JUSTIFICACION PARA SU COBRO EN FORMA ADICIONAL . |
|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Se señala que de dicha objeción tiene pleno conocimiento la IPS, toda vez que fue remitida el día 17 de junio de 2021 (recibida por la IPS en esa misma fecha), y ratificada por envío del 6 de septiembre de 2021 (recibida por la IPS en esa misma fecha) tal como se puede apreciar en los certificados No. E49156821-S y E55355340-S, expedidos por la empresa de mensajería SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A -472-, como se puede apreciar a continuación:

Certificado de comunicación electrónica Email certificado

El servicio de **envíos**
de Colombia



Identificador del certificado: E49156821-5

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 notificacionessoat@segurosmondial.com.co <402354@certificado.4-72.com.co>
(originado por notificacionessoat@segurosmondial.com.co)

Destino: hospitalsanpedro@gmail.com

Fecha y hora de envío: 17 de Junio de 2021 (07:03 GMT -05:00)

Fecha y hora de entrega: 17 de Junio de 2021 (07:03 GMT -05:00)

Asunto: LIQ-202106003529 :: Soportes de Liquidación pago por transferencia o cheque SOAT Mundial de Seguros (EMAIL CERTIFICADO de notificacionessoat@segurosmondial.com.co)

Mensaje:

Bogotá D.C. 6/17/2021

Señores:
FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO
Departamento de Cartera.
NIT - 891200209
CALLE 16 CARRERA 43-25 Tel: 7336000
NARIÑO - PASTO

Asunto: Notificación soportes de liquidación pago por transferencia o cheque SOAT.

Certificado de comunicación electrónica Email certificado

El servicio de **envíos**
de Colombia



Identificador del certificado: E55355340-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: hospitalsanpedro@gmail.com

Fecha y hora de envío: 6 de Septiembre de 2021 (23:03 GMT -05:00)

Fecha y hora de entrega: 6 de Septiembre de 2021 (23:03 GMT -05:00)

Asunto: LIQ-202109001786 :: Soportes de Liquidación pago por transferencia o cheque SOAT Mundial de Seguros (EMAIL CERTIFICADO de notificacionessoat@segurosmondial.com.co)

Mensaje:

Bogotá D.C. 9/6/2021

Señores:

FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO

Departamento de Cartera.

NIT - 891200209

CALLE 16 CARRERA 43-25 Tel: 7336000

NARIÑO - PASTO

Asunto: Notificación soportes de liquidación pago por transferencia o cheque SOAT.

Según la normatividad SOAT los procedimientos relacionados, no se pueden cobrar de manera independiente, sino que se encuentran incluidos dentro del procedimiento quirúrgico que en forma independiente cobró la demandante, así entonces, por tal motivo, la aseguradora se encuentra facultada para objetar la reclamación como en efecto aconteció, lo que impide que surja una obligación a cargo de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., la IPS no puede cobrar doblemente el mismo procedimiento.

Vale la pena advertir que frente a las demás reclamaciones relacionadas en el presente numeral también se presentaron situaciones de esta índole, por lo que frente a ellas no puede surgir obligación de pago alguna por parte de mi representada; bastará al Despacho en cada una de estas reclamaciones analizar la documentación que se aporta como prueba documental para concluir que lo explicado en los ejemplos anteriores, se repite en todas las reclamaciones, es decir, que la IPS está facturando dos veces el mismo procedimiento o está facturando algo no cubierto por el SOAT.

1.2. OBJECCIÓN 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, traduciéndose esto en un sobre costo en los medicamentos e insumos utilizados en la atención médica brindada al paciente. Las reclamaciones que fueron objetadas por esta razón ascienden a la suma de **SIETE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS (\$7.372)**, así:

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| <u>NUMERO FACTURA</u> | <u>TARIFAS</u> |
| 39883 | \$7.372,00 |

A modo de ejemplo, se pone de presente al Despacho que respecto a la reclamación en la que se acompañó la factura No. 39883, frente a la cual mi representada de manera oportuna formuló la objeción No. LIQ-202106003529, la cual fue ratificada mediante la objeción No. LIQ-202109001786, al encontrar que insumos médicos y medicamentos tales como: FUROSEMIDA 40MG, CATETER HEPARINIZADO (ATI), RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES, entre otros, presentaban un mayor valor cobrado por parte de la IPS, por lo que la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. solo podía asumir el costo establecido en el tarifario, y como a la fecha la aquí demandante no ha subsanado el sobre costo facturado, no puede predicarse entonces que de dicha reclamación se deriva una obligación a cargo del asegurador, lo anterior, y los demás motivos de objeciones quedaron consignados en el comunicado No. LIQ-202106003529, así:

(...)

LIQ-202106003529 Pagina 9 de 29

| | | | | | | FORMA ADICIONAL . |
|-------|------------------------------------|-----|----------|----------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25102 | ELECTROCARDIOGRAMA | 1.0 | \$48,000 | \$0 | \$48,000 | 6081 >> Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. >> SE OBJETA 25102 - ELECTROCARDIOGRAMA NO PERTINENTE, NI JUSTIFICADO DE ACUERDO CON EL DIAGNOSTICO Y CUADRO CLINICO DESCRITO. SIN REPORTE DE CONDICION CLINICA NI COROMBILIDADES QUE JUSTIFIQUEN SU TOMA. |
| 19842 | RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES | 1.0 | \$39,700 | \$39,500 | \$200 | 2231 >> Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados. >> SE OBJETA MVC EN 19842 - RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES, SE RECONOCE SEGÚN TARIFA SOAT VIGENTE A LA FECHA DE ATENCIÓN. |

Se advierte que de dicha objeción tiene pleno conocimiento la IPS, toda vez que fue remitida el día 17 de junio de 2021 (recibida por la IPS en esa misma fecha), tal como se puede apreciar en el certificado No. E49156821-S, expedido por la empresa de mensajería SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A -472-, como se puede apreciar a continuación:

Certificado de comunicación electrónica Email certificado

El servicio de **envíos**
de Colombia



Identificador del certificado: E49156821-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: hospitalsanpedro@gmail.com

Fecha y hora de envío: 17 de Junio de 2021 (07:03 GMT -05:00)

Fecha y hora de entrega: 17 de Junio de 2021 (07:03 GMT -05:00)

Asunto: LIQ-202106003529 :: Soportes de Liquidación pago por transferencia o cheque SOAT Mundial de Seguros (EMAIL CERTIFICADO de notificacionessoat@segurosmondial.com.co)

Mensaje:

Bogotá D.C. 6/17/2021

Señores:
FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO
Departamento de Cartera.
NIT - 891200209
CALLE 16 CARRERA 43-25 Tel: 7336000
NARIÑO - PASTO

Asunto: Notificación soportes de liquidación pago por transferencia o cheque SOAT.

Diag. 25G 95A - 55, Bogotá D.C. Bogotá: (57-1) 472 2000 Nacional 01 8000 111 210 www.4-72.com.co

El Despacho deberá tener en cuenta que el hecho de que los medicamentos o insumos se encuentren facturados con el precio que aparece en la factura aportada por la parte actora, no significa que la aseguradora deba pagar ese valor, si existe una tarifa, el valor a pagar por el asegurador es el que indique esa tarifa y no el que en forma unilateral señaló la IPS.

Lo acontecido en la reclamación ilustrada en párrafos anteriores, ocurre en todas las reclamaciones relacionadas en el cuadro en precedencia, le bastará al Despacho analizar la prueba documental que se acompaña con esta contestación para verificar que en todas esas reclamaciones se facturaron precios superiores a los consignados en el tarifario.

1.3. OBJECCIÓN 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 encuentre acreditado el siniestro ni la cuantía, por lo que no puede surgir obligación de pago alguna por parte de mi representada, si la legislación SOAT además de presentar la factura, le exige al prestador que presente sus soportes y este no lo hace, la mera factura no es prueba de la obligación. Si el Juez pretermite la exigencia de los soportes, estaría desconociendo la legislación SOAT, es más, estaría yendo en contra de la misma, específicamente el artículo 26 de Decreto 056 del 2015.

Las objeciones que fueron objetadas por este motivo, ascienden a la suma de **SEIS MILLONES QUINIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS (\$6.517.264)**, tal como se evidencia a continuación:

| <u>NUMERO FACTURA</u> | <u>SOPORTES</u> |
|-----------------------|-----------------------|
| 38691 | \$6.517.264,00 |
| TOTAL: | \$6.517.264,00 |

A modo de ejemplo, se pone de presente al Despacho que respecto a la reclamación acompañada por la factura N° 38691, mi representada le formuló la objeción No. LIQ-202106003529, ratificada por la objeción No. LIQ-202109003426, debido a que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO no aportó prueba de la realización del procedimiento de COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO (CX)GRUPO 13; ello lo concluyó, en la medida de que, lo descrito en la historia clínica no describió circunstancia tal como la disección de algún músculo, por lo que, no se pudo generar certeza de su ejecución, al respecto se señala: "*lo descrito en la historia clínica en zona frontal y en zona malar derecha no corresponde a la realización de un colgajo muscular, lo anterior dado que no se describe disección de ningún musculo con su correspondiente pedículo vascular y posterior rotación para cobertura de un defecto (...)*", tanto la anterior objeción, como los demás conceptos objetados por mi representada se pueden observar

en la objeción No. 202106003529 que se encuentra aportada con la presente contestación:

LIQ-202106003529 Pagina 13 de 29

| | | | | | | DEFINIDO DESDE EL INGRESO, NO ES PARA MANEJO MEDICO EXCLUSIVO. |
|---------|------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|-----------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15142CX | COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO (CX)GRUPO 13(Codigc SOAT 39011) | 1.0 | \$628,500 | \$263,300 | \$365,200 | 1231 >> Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. >> LO DESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA EN ZONA FRONTAL Y EN ZONA MALAR DERECHA NO CORRESPONDE A LA REALIZACION DE UN COLGAJO MUSCULAR. LO ANTERIOR DADO QUE NO SE DESCRIBE DISECCION DE NINGUN MUSCULO CON SU CORRESPONDIENTE PEDICULO VASCULAR Y POSTERIOR ROTACION PARA COBERTURA DE UN DEFECTO POR LO TANTO SE RECONOCE 1514C COLGAJO DE PIEL REGIONAL. SE OBJETA LA DIFERENCIA |

El hecho de **que la IPS en la factura incluya el valor sin adjuntar los soportes con la reclamación, no hace que surja una obligación de pago por parte del asegurador**, máxime cuando la aseguradora objetó la reclamación por ausencia de soportes sin que a la fecha la entidad los haya acompañado; que en la factura estén incluidos los precios de los dispositivos, exámenes diagnósticos, insumos, medicamentos, etc., no significa que hayan sido suministrados a la víctima o que hubiesen sido usados en la atención brindada a esta, la IPS está en la obligación de acreditar con los respectivos soportes el suministro o uso de ellos y como no lo hizo, no era procedente el pago y era procedente formular la respectiva objeción como aconteció en el caso atrás referenciado.

Es importante precisar al Despacho que 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 a la víctima**, exigencia que no surge de la decisión unilateral del asegurador, sino de lo contemplado en normas legales, pero como en el presente caso, la entidad aquí ejecutante 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 llegar a determinar que la factura presta mérito ejecutivo cuando la IPS nunca aportó los documentos requeridos para acreditar la atención médica, ni mucho menos que de estas se desprende una obligación a cargo de mi representada.

Lo explicado en el anterior ejemplo se repite en todas las reclamaciones relacionadas en el cuadro consignado en el presente numeral, donde la

IPS demandante omitió acompañar los respectivos soportes de los servicios o bienes que estaba facturando.

1.4. OBJECCIÓN PARCIAL POR PERTINENCIA MÉDICA: Las reclamaciones que se referenciarán más adelante y que ascienden a la suma de **SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS (\$690 000)** 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.

| <u>NUMERO FACTURA</u> | <u>PERTINENCIA</u> |
|-----------------------|----------------------|
| 38691 | \$417.800,00 |
| 39883 | \$159.800,00 |
| 40875 | \$112.400,00 |
| TOTAL: | \$ 690.000,00 |

A modo de ejemplo se analiza la reclamación acompañada de la factura N° 38691, frente a la cual mi representada formuló la objeción No. LIQ-202106003529, ratificada mediante comunicado No. LIQ-202109003426, al encontrar que los conceptos pretendidos por procedimientos tales como; RADIOGRAFIA COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; RADIOGRAFIA COLUMNA CERVICAL o RADIOGRAFIA PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES, no tenían justificación en su realización, puesto que, al contrastar el diagnóstico y el cuadro clínico descrito, se concluía que su toma, no modificaba el dictamen, y, por ello, no resultaban útiles.

Tal como se refirió, tanto estos , como los demás conceptos objetados por mi representada se pueden evidenciar en la objeción No. LIQ- LIQ-202106003529 que se aporta como prueba documental a la presente contestación así:

| | | | | | | |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|-----|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21106 | RADIOGRAFIA COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; AL VALOR DE LA REGION AGREGAR. | 1.0 | \$29,000 | \$0 | \$29,000 | 6081 >> Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. >> SE OBJETA 21106 - RADIOGRAFIA COMPARATIVAS DE LAS REGIONES ANTERIORES; AL VALOR DE LA REGION AGREGAR; NO PERTINENTE , NI JUSTIFICADO DE ACUERDO CON EL DIAGNOSTICO Y CUADRO CLINICO DESCRITO. SIN REPORTE DE CONDICION CLINICA QUE JUSTIFIQUE SU TOMA, SU RESULTADO NO MODIFICA CONDUCTA CLINICA. |
| 39132 | VALORACION INICIAL INTRAHOSPITALARIA, POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, DEL PACIENTE INGRESADO PARA ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO NO QUIRURGICO U OBSTETRICO | 1.0 | \$43,300 | \$0 | \$43,300 | 1021 >> El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas. >> SE OBJETA COD 39132, SIN LUGAR A RECONOCIMIENTO, AFECTADO INGRESA REMITIDO DE IPS QUE PRESTA AIU, TIENE REQUERIMIENTO QUIRURGICO |

| | | | | | | |
|-------|------------------------------|-----|----------|-----|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | Inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado. >> SE OBJETA TRASLADO INTERINSTITUCIONAL, POR AUSENCIA O ILEGIBILIDAD EN LA HOJA DEL TRASLADO. ADICIONALMENTE NO APORTAN RESOLUCION DE TARIFAS OFICIALES DE LA ENTIDAD PRESTADORA (DECRETO 2423/96 ART 63) SUJETO A NUEVA VERIFICACION INTEGRAL POR AUDITORIA. |
| 21140 | RADIOGRAFIA COLUMNA CERVICAL | 1.0 | \$81,100 | \$0 | \$81,100 | 6081 >> Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. >> SE OBJETA 21140 - RADIOGRAFIA COLUMNA CERVICAL NO PERTINENTE, NI JUSTIFICADO DE ACUERDO CON EL DIAGNOSTICO Y CUADRO CLINICO DESCRITO. SIN REPORTE DE CONDICION CLINICA, NEUROLOGICA, SENSITIVA NI MOTORA QUE JUSTIFIQUE SU TOMA, SU RESULTADO NO MODIFICA CONDUCTA CLINICA. |

Se advierte que de dicha objeción tiene pleno conocimiento la IPS, toda vez que fue remitida el día 17 de junio de 2021 (recibida por la IPS en esa misma fecha), y ratificada por envío del 6 de septiembre de 2021 (recibida por la IPS en esa misma fecha) tal como se puede apreciar en los certificados No. E49156821-S y E55355340-S, expedidos por la empresa de mensajería SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A -472-, como se puede apreciar a continuación:

Certificado de comunicación electrónica
Email certificado

El servicio de envíos
de Colombia



Identificador del certificado: E49156821-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: COMPAÑIA 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: hospitalsanpedro@gmail.com

Fecha y hora de envío: 17 de Junio de 2021 (07:03 GMT -05:00)

Fecha y hora de entrega: 17 de Junio de 2021 (07:03 GMT -05:00)

Asunto: LIQ-202106003529 :: Soportes de Liquidación pago por transferencia o cheque SOAT Mundial de Seguros (EMAIL CERTIFICADO de notificacionessoat@segurosmondial.com.co)

Mensaje:

Bogotá D.C. 6/17/2021

Señores:
FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO
Departamento de Cartera.
NIT - 891200209
CALLE 16 CARRERA 43-25 Tel: 7336000
NARIÑO - PASTO

Asunto: Notificación soportes de liquidación pago por transferencia o cheque SOAT.

Certificado de comunicación electrónica
Email certificado

El servicio de **envíos**
de Colombia 

Identificador del certificado: E55355340-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@segurosmundial.com.co <402354@certificado.4-72.com.co>
(originado por notificacionessoat@segurosmundial.com.co)

Destino: hospitalsanpedro@gmail.com

Fecha y hora de envío: 6 de Septiembre de 2021 (23:03 GMT -05:00)

Fecha y hora de entrega: 6 de Septiembre de 2021 (23:03 GMT -05:00)

Asunto: LIQ-202109001786 :: Soportes de Liquidación pago por transferencia o cheque SOAT Mundial de Seguros (EMAIL CERTIFICADO de notificacionessoat@segurosmundial.com.co)

Mensaje:

Bogotá D.C. 9/6/2021

Señores:

FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO
Departamento de Cartera.
NIT - 891200209
CALLE 16 CARRERA 43-25 Tel: 7336000
NARIÑO - PASTO

Asunto: Notificación soportes de liquidación pago por transferencia o cheque SOAT.

Si las reclamaciones referenciadas en el cuadro consignado en este numeral fueron objetadas por pertinencia médica, y la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO no da respuesta a la objeción formulada por la aseguradora indicando por qué el concepto facturado si es pertinente, la objeción se encuentra en firme y genera plenos efectos frente a la IPS, por lo tanto, mi representada cuenta con motivos suficientes para no realizar el pago, y entonces es posible concluir que de estas no se deriva una obligación a cargo de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Deberá tener en cuenta el Despacho que por el mero hecho de que la IPS de manera unilateral e infundada en términos médicos y científicos haya incluido una atención médica brindada a un paciente, no hace que surja una obligación de pago a cargo del asegurador, máxime cuando la compañía al analizar toda la documentación acompañada con la reclamación encontró que la atención no guardaba relación alguna con las lesiones sufridas por la víctima; declarar que existe obligación de pago por parte de mi representada, sería desconocer la existencia de la objeción e ir en contravía de la normatividad que regula el SOAT que faculta al asegurador para objetar.

Así como en la reclamación que se acaba de analizar no existía pertinencia para realizar ciertos procedimientos, en todas las demás

reclamaciones incluidas en el cuadro se presenta la misma situación, la IPS, brindó atenciones médicas de enfermedades que nada tenían que ver con el accidente de tránsito, practicó exámenes diagnósticos que no se requerían para definir el tratamiento de las lesiones sufridas en el accidente de tránsito, suministró medicamentos para el manejo de enfermedades comunes, todas estas atenciones que no guardan relación alguna con las lesiones sufridas en el accidente de tránsito, por lo tanto, le bastará al Despacho analizar la documentación que se requiere a cada reclamación y que se acompaña como prueba documental para verificar que existió una atención impertinente y que el asegurador con fundamento objetó su pago.

1.5. OBJECCIÓN PARCIAL POR SOBREPrecio EN EL MATERIAL DE OSTEOSÍNTES: Las reclamaciones que se refenciarán más adelante, y que ascienden a la suma de **QUINCE MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE (\$15.773.800)**, fueron objetadas al encontrar un sobreprecio en el material de osteosíntesis pretendido, situación que llevó al asegurador a reconocer únicamente el precio promedio del mercado.

| <u>NUMERO FACTURA</u> | <u>MVC MAOS</u> |
|---------------------------|------------------------|
| 39883 | \$12.517.228,00 |
| 41489 | \$3.256.572,00 |
| TOTAL: | \$15.773.800,00 |

Frente a esta causal de objeción, es importante indicar que la mayor parte de los accidentes de tránsito causan en las víctimas fracturas que requieren la utilización de material de osteosíntesis el cual permite que se establezca el hueso y se pueda recuperar. En relación a este tipo de material la legislación que regula el SOAT establece la obligación de la IPS de acompañar con la reclamación además de todos los documentos requeridos en las demás reclamaciones, una copia de la factura emitida por el proveedor que suministró el material de osteosíntesis.

Conforme con lo establecido en el Artículo 36 del Decreto 056 de 2.015, compilado en el Decreto 780 del 2016, la aseguradora tiene la facultad de revisar la cuantía que se esté reclamando por dicho material.

Se afirma que existe sobreprecio en el material de osteosíntesis por las siguientes razones:

A modo de ejemplo se analiza la reclamación acompañada de la factura N°41489, frente a la cual, mi representada formuló la objeción No. LIQ-202106002835, ratificada mediante objeción No. LIQ-202109000131, al encontrar sobreprecio en el material de osteosíntesis (MAOS) utilizado en la atención quirúrgica del paciente, dentro de estos se encuentra el MAOS: "PLACA ORBITAL 6 OR C/P 8MM", sin embargo, mi representada solo reconoció el valor promedio del mercado, toda vez que existen materiales

equivalentes o convalidables a menor costo, los cuales cuentan con óptimos estándares de calidad, vale la pena advertir que el valor pretendido por la IPS por cada unidad asciende a la suma de \$ \$948,299, sin embargo, mi representada solo reconoció la suma de \$ 609.839, encontrándose un sobreprecio en este material, de hasta el 155%.

Por lo anterior, no hay 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, máxime si existen otras casas comerciales que brindan los mismos estándares de calidad y a un precio considerablemente inferior, lo cual, conlleva un abuso del derecho a reclamar.

Casos como el anterior se repiten en las reclamaciones presentadas por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO, relacionadas en el cuadro anterior, razón por la cual MUNDIAL SEGUROS S.A., ha procedido a objetar el valor en exceso reclamado y a pagar el valor real del material que se indica utilizado en el paciente, conforme al precio promedio en el mercado.

Es importante hacer mención a que este tipo de objeciones se encuentran sustentadas en el Artículo 11 de la ley 1474 de 2.011, el cual indica:

"1. Obligación y control. Las instituciones sometidas al control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, estarán obligadas a adoptar medidas de control apropiadas y suficientes, orientadas a evitar que se generen fraudes en el sistema de seguridad social en salud.

2. Mecanismos de control. Para los efectos del numeral anterior, esas instituciones en cuanto les sean aplicables adoptarán mecanismos y reglas de conducta que deberán observar sus representantes legales, directores, administradores y funcionarios, con los siguientes propósitos:

a) Identificar adecuadamente a sus afiliados, su actividad económica, vínculo laboral y salario;

b) Establecer la frecuencia y magnitud con la cual sus usuarios utilizan el sistema de seguridad social en salud;

c) Reportar de forma inmediata y suficiente a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos –CNPMD–, cualquier sobrecosto en la venta u ofrecimiento de medicamentos e insumos;

d) Reportar de forma inmediata y suficiente al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, la falsificación de medicamentos e insumos y el suministro de medicamentos vencidos, sin perjuicio de las denuncias penales correspondientes;

e) Reportar de forma inmediata y suficiente a la Unidad Administrativa de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP) y a la Superintendencia Nacional de Salud cualquier información relevante cuando puedan presentarse

eventos de afiliación fraudulenta o de fraude en los aportes a la seguridad social para lo de su competencia;

f) Los demás que señale el Gobierno Nacional.

3. Adopción de procedimientos. Para efectos de implementar los mecanismos de control a que se refiere el numeral anterior, las entidades vigiladas deberán diseñar y poner en práctica procedimientos específicos, y designar funcionarios responsables de verificar el adecuado cumplimiento de dichos procedimientos.

4. A partir de la expedición de la presente ley, ninguna entidad prestadora del servicio de salud en cualquiera de sus modalidades, incluidas las cooperativas podrán hacer ningún tipo de donaciones a campañas políticas o actividades que no tenga <sic> relación con la prestación del servicio."

También es importante que se considere que el artículo 1 de la ley 155 de 1959, por la cual se dictan algunas disposiciones sobre prácticas comerciales restrictivas, prohíbe a los actores del mercado cobrar precios inequitativos, y no hay duda alguna que cuando FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO, reclama a SEGUROS MUNDIAL precios desequilibrados, se afecta no solo a la víctima que ve reducida la cobertura del amparo de gastos médicos quirúrgicos y hospitalarios, sino también al sistema de salud, toda vez que cuando se agota la cobertura del SOAT, las atenciones médicas tienen que ser asumidas por la EPS, ARL o SISBEN, según el caso.

Otro aspecto a tener en cuenta con relación a precios excesivos del MAOS, es el relativo a la figura del ABUSO DEL DERECHO consignado en el artículo 830 del Código de Comercio, que establece que el que abuse de sus derechos estará obligado a indemnizar los perjuicios que cause, si bien en materia de MAOS no existe un tarifario que establezca el precio de cada dispositivo, esto no autoriza a quien reclama para abusar de ese derecho de reclamación pretendiendo el pago de precios que son excesivos, como se pudo apreciar en el ejemplo anterior, el precio unitario de la PLACA ORBITAL 6 OR C/P 8MM rebasa en más del 155% el precio promedio que ese material de osteosíntesis tiene en el mercado.

En todas y cada una de las reclamaciones en las que FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO, está reclamando el pago de este tipo materiales que superan el precio del mercado, se puede válidamente concluir que la objeción formulada está bien fundamentada y como se realizó el pago al precio promedio del mercado, no existe obligación pendiente de pago, y al proferir sentencia deberá declararse la inexistencia de la obligación, acogiendo la presente excepción.

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

Respecto a las 3 reclamaciones radicadas por la parte actora ante mi representada y que son objeto del presente acápite, se debe indicar que, dentro del término oportuno se formuló la respectiva objeción total,

razón por cual la compañía aseguradora tenía suficientes razones para no efectuar el pago de estas, tal como se explicará a continuación.

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 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016, Decreto 2423 de 1996, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) a partir del artículo 192 y siguientes, y en lo no previsto allí, se acudirá a lo regulado en el seguro terrestre de Código de Comercio, en los cuales se indican 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 clínica 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, esta dentro del mes siguiente a la fecha de presentación de la misma, debe efectuar el pago de la indemnización u objetar la reclamación total o parcialmente. Ante los casos en los cuales es objetada la reclamación por parte de la Compañía aseguradora y la entidad prestadora del servicio 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 clínica; **(2)** se llega a un acuerdo conciliatorio respecto al valor, y en efecto se paga un valor inferior al reclamado; **(3)** la clínica acepta la objeción; o **(4)** La compañía desiste de la objeción y efectúa el pago de lo reclamado.

De acuerdo a lo anterior, las compañías aseguradoras, como administradoras de estos recursos, debe hacer un control de lo que se factura, verificando que se cobren servicios efectivamente prestados, que se cobre dentro de las tarifas establecidas, que los materiales que se cobran cuenten con la respectiva factura y que las lesiones de la víctima si sean derivadas de un accidente de tránsito en el que hubiese estado involucrado un vehículo asegurado con póliza SOAT.

Las objeciones y/o devoluciones de las 3 reclamaciones que son objeto del presente proceso y que ascienden a la suma total de **VEINTINUEVE**

MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS (\$29.260.166), se formularon por los siguientes motivos:

| <u>NUMERO FACTURA</u> | <u>VALOR OBJECCION</u> |
|---------------------------|----------------------------|
| 429691 | \$13.858.977,00 |
| 35802 | \$50.600,00 |
| 42703 | \$15.350.589,00 |
| TOTAL: | \$29.260.166,00 |

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 al levantamiento 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 indicaron anteriormente, la compañía hizo la respectiva objeción indicando los motivos por los cuales no podían ser reconocidas, vale la pena resaltar que tales objeciones son oponibles a la parte actora en atención a que se encuentran en firme.

En el cuadro anterior se evidencia que 3 reclamaciones referenciadas por la parte actora, fueron objetadas en su totalidad, y por tal motivo, no fueron pagadas, tal como consta en los comunicados enviados a la clínica, 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:

2.1. Objeción total por solicitud de documentos (devolución) y/o aclaración de hechos: Una vez presentada la reclamación ante la compañía que represento, estas fueron objetadas en su totalidad, toda vez que, al analizar los documentos que se aportaron para sustentarla se observaron ciertas inconsistencias en la versión de los hechos, o en la documentación aportada, por lo que la compañía en los comunicados enviados, por medio de los cuales se formula la objeción y que se adjuntan como prueba documental al presente escrito, devolvió la documentación presentada en la reclamación y solicitó que sean remitidos los documentos para así definir o resolver las inconsistencias presentadas, tal como, el FURIPS, hasta tanto la demandante no acompañe estos documentos solicitados, le resultará imposible a la compañía atender la reclamación y el mero hecho de haber generado la factura no hace que surja la obligación; la reglamentación SOAT de manera clara establece los requisitos que debe cumplir una reclamación y si no se cumplen autoriza al asegurador para formular la objeción.

No obstante, de manera oportuna se objetó la reclamación y se solicitó ante la IPS el FURIPS con el fin de levantar la objeción y en su lugar reconocer la indemnización, a la fecha este no ha sido aportado, por lo tanto, es claro que un actuar omisivo imputable a la IPS conlleva como consecuencia que la objeción se mantenga, ya que, la reclamación no cumple con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio y demás regulación especial antes citada, lo que genera que la obligación no sea clara, expresa y actualmente exigible.

Por lo anterior, llama bastante la atención el actuar de la IPS al incluir en la presente demanda, reclamaciones que fueron objetadas en los términos antes indicados, dando cuenta así del desconocimiento arbitrario de las circunstancias que rodearon la reclamación. No puede surgir obligación de pago alguna frente a mi representada, cuando la objeción se encuentra totalmente en firme y genera plenos efectos; desconocer la misma, es desconocer la regulación del SOAT y la voluntad del legislador, de salvaguardar los dineros que se recaudan por concepto de primas del SOAT, en el sentido de evitar defraudaciones y acciones que pueden afectar la sostenibilidad misma del SOAT desdibujando su objeto contractual.

Las reclamaciones que fueron objetadas en los términos antes descritos, ascienden a la suma total de **VEINTINUEVE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS (\$29.260.166)** tal como se relaciona a continuación:

| NUMERO FACTURA | CAUSAL OBJECION | VALOR OBJECION |
|----------------|-------------------------|-----------------|
| 429691 | SOLICITUD DE DOCUMENTOS | \$0.00 |
| 429691 | SOLICITUD DE DOCUMENTOS | \$0.00 |
| 429691 | SOLICITUD DE DOCUMENTOS | \$13.858.977,00 |
| 442795 | ACLARACION DE HECHOS | \$0.00 |
| 35802 | SOLICITUD DE DOCUMENTOS | \$0.00 |
| 35802 | SOLICITUD DE DOCUMENTOS | \$50.600,00 |
| 42703 | ACLARACION DE HECHOS | \$0.00 |
| 42703 | SOLICITUD DE DOCUMENTOS | \$15.350.589,00 |

A modo ilustrativo, se toma la reclamación respaldada por la factura No. 42703, mi representada, encontrándose dentro del término para ello, formuló la objeción No. DEV-202104087665, ratificada mediante objeción No. DEV-202112004673, toda vez que el FURIPS no fue allegado con la reclamación, por tal motivo, con el fin de continuar con el trámite de la reclamación, se le solicitó a la IPS tal documento, como se puede apreciar a continuación:



tu compañía siempre

CMVIQ034100000125829

Bogotá D.C. 6 de Diciembre de 2021

DEV-202112004673

Señores

FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO

Dirección: CALLE 16 CARRERA 43-25

Teléfono: 7336000

Correo electrónico:

hospitalsanpedro@gmail.com; cartera@hospitalsanpedro.org; glosasydevoluciones@hospitalsanpedro.org; gerencia@hospita

lsanpedro.org; hospitalsanpedro@gmail.com

PASTO, NARIÑO

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| VÍCTIMA | LUDY MAR CARABALI VELA |
| PÓLIZA | 78203650 |
| SINIESTRO | |
| N° FACTURA RECLAMACIÓN | FE42703 |
| TIPO | DEVOLUCIÓN DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA |

Respetados Señores,

Una vez concluido el análisis de la reclamación formulada a Seguros Mundial en la cual se pretende el reconocimiento del amparo de GASTOS MEDICOS a la víctima de la referencia, la compañía encuentra que la documentación acompañada está incompleta y para continuar con el análisis de su reclamación requerimos que nos sean remitidos los siguientes documentos, que de acuerdo a la normatividad vigente deben acompañarse con toda reclamación FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN (FURIPS), que cumpla con los requisitos establecidos en la Resolución 01915 de 2008, toda vez que no se aporta dentro de la reclamación.

Factura con el lleno de los requisitos que establece el artículo 617 del Estatuto Tributario toda vez que no se aporta dentro de la presente reclamación.

Quedamos a la espera de los documentos requeridos.

Hasta tanto no se atiendan las solicitudes antes indicadas, no podrá esta aseguradora continuar con el análisis de la reclamación.

Atentamente,

Gerente de Indemnizaciones
Seguros Mundial

Se advierte que de dicha objeción tiene pleno conocimiento la IPS, toda vez que fue remitida el día 7 de diciembre de 2021 y recibida por la IPS en esa misma fecha, tal como se puede apreciar en el certificado No. E63236179-S, expedidos por la empresa de mensajería SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A -472-, como se puede apreciar a continuación:

Certificado de comunicación electrónica
Email certificado

El servicio de **envíos**
de Colombia



Identificador del certificado: **E63236179-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

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

Destino: hospitalsanpedro@gmail.com

Fecha y hora de envío: 7 de Diciembre de 2021 (18:52 GMT -05:00)

Fecha y hora de entrega: 7 de Diciembre de 2021 (18:52 GMT -05:00)

Asunto: DEV-202112004673

(EMAIL CERTIFICADO de Notificacionessoat@segurosmondial.com.co)

Mensaje:

Señores:

FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO
Departamento de Cartera.
NIT - 891200209
CALLE 16 CARRERA 43-25 Tel: 7336000
PASTO - NARIÑO

Adjunto remitimos comunicado(s) de respuesta a su(s) reclamación(es) por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT.

Reiteramos nuestra disposición del servicio

SEGUROS MUNDIAL

Servicio al cliente Siniestros Soat

(1) 3274712 - 3274713 Línea Gratuita Nacional 018000 111935

Id: 110911 Diag: 25G95A - 55; Bogotá D.C. Bogotá: (57-1)4722000 Nacional: 01 8000 111 210 www.4-72.com.co

Se precisa que, a la fecha de la presente misiva, la aquí demandante no ha aportado la información requerida por el asegurador.

Si frente a las reclamaciones antes indicadas, mi representada solicitó la remisión de documentación adicional, o que aclarara algunos hechos, pero la demandante hizo caso omiso a dichas comunicaciones y no aportó lo solicitado, o no realizó la respectiva aclaración, es claro que la objeción a la fecha se encuentra en firme, razón por la cual no puede surgir obligación de pago frente a la compañía aseguradora porque la IPS no ha acreditado la existencia del siniestro y la cuantía.

Con lo anterior, también, queda probada la mala fe de la demandante, toda vez que está afirmando hechos que son contrarios a la realidad, pues, mi representada en todas las reclamaciones que son objeto de la presente demanda formuló objeción, no solo respecto a algunas como refirió.

3. PAGO:

Respecto a las reclamaciones cuya cuantía se fundamenta en las facturas No. 14842; 38691; 442795; 38465; 40875; 41489; 43633; 64870; 68437; 89547 92376. Manifiesto que mi representada, los días 4 y 6 de mayo de 2022, mediante los comprobantes No. 615044, y 615630 efectuó pagos totales, para algunas de ellas, que daban lugar a la extinción de la obligación y parciales, en otras, (se usa el término parcial para significar que se trató de pagos por un valor inferior a lo peticionado por la accionante, no obstante, se pone de presente que, en este asunto no se adeuda suma alguna a la demandada. Los

desembolsos efectuados se realizaron en estricto cumplimiento de la normativa SOAT).

La totalidad de los pagos corresponden a un valor equivalente a la suma de **TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$3.951.334).**

Lo anterior, se sintetiza a continuación:

Facturas pagadas mediante el comprobante No. 615044:

| <u>NUMERO FACTURA</u> | <u>VALOR PAGO MUNDIAL</u> | <u>NUMERO DOCUMENTO DE PAGO</u> | <u>FECHA PAGO</u> |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------|
| 14842 | \$710.700,00 | 615044 | 04/05/2022 |
| 38691 | \$319.300,00 | 615044 | 04/05/2022 |
| 442795 | \$674.250,00 | 615044 | 04/05/2022 |
| 38465 | \$755.776,00 | 615044 | 04/05/2022 |
| 40875 | \$7.214,00 | 615044 | 04/05/2022 |
| 41489 | \$459.978,00 | 615044 | 04/05/2022 |
| 89547 | \$52.400,00 | 615044 | 04/05/2022 |
| 92376 | \$541.180,00 | 615044 | 04/05/2022 |
| TOTAL: | \$3.520.798,00 | | |

Facturas conciliadas mediante el comprobante No. 615630:

| <u>NUMERO FACTURA</u> | <u>VALOR PAGO MUNDIAL</u> | <u>NUMERO DOCUMENTO DE PAGO</u> | <u>FECHA PAGO</u> |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------|
| 43633 | \$213,50 | 615630 | 06/05/2022 |
| 64870 | \$5.685,00 | 615630 | 06/05/2022 |
| 68437 | \$424.637,00 | 615630 | 06/05/2022 |
| TOTAL: | 430,535,50 | | |

De acuerdo a lo anterior, las afirmaciones del apoderado de la parte actora, son temerarias y de mala fe, ya que son contrarias a la realidad, pues desconocen que mi representada si efectuó el pago anteriormente descrito, por tal motivo, para acreditar dicho pago, se aporta como prueba documental los respectivos comprobantes de transferencia bancaria realizados en favor de la demandante, comprobantes de pago que la aseguradora le envió a la IPS en el momento que realizó cada transferencia, señalándole de manera puntual que reclamación se estaba pagando y brindándole un link para que pudiese descargar el respectivo comprobante de transferencia.

De acuerdo a los recibos que se aportan, podrá apreciar el Despacho que **la demandada realizó dichos pagos los día 4 y 6 de mayo de 2022, es decir, mucho antes de que la demandante instaurara la presente demanda, por lo tanto, cuando la demandante presentó la demanda, esto es, el 22 de mayo de 2022, ya conocía de la existencia de dicho pago,** porque la aseguradora una vez realiza el pago le informa a la IPS enviando un Email a la dirección de correo electrónico registrada en la compañía, por lo que este ya debía estar asentado en el área de cartera de la IPS, y no obstante que la demandante conocía de dicho pago, afirmó sin razón alguna en la demanda que esa reclamación se adeudaba.

Finalmente, se advierte al Despacho que lo que busca la parte actora es llevar a error al Juez, evidenciando con ello un fraude procesal en donde la aquí demandante pretender obtener un beneficio mediante engaños, dado que se está ocultando información al Juez, la cual resulta de suma importancia para el trámite del presente proceso.

Resulta entonces evidente y además reprochable, que la IPS instaure una demanda sin consultar previamente al área de cartera de la entidad con el fin de que esta le brindara la información correspondiente sobre cuales reclamaciones en efecto ya habían sido objeto de pago por parte de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., por tal motivo, si el apoderado de FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO. se hubiese tomado el trabajo de consultar con el área de cartera de la IPS cuales reclamaciones habían sido pagadas por la aseguradora, indudablemente no habría incluido en la demanda las reclamaciones referenciadas anteriormente, pues, se advierte nuevamente que con la prueba documental adjunta se acredita el pago referenciado, por lo que deberá declararse la excepción de pago, ya que el numeral 1 del artículo 1625 del Código Civil consagra como una de las formas de extinción de la obligación el pago, así:

ARTICULO 1625. MODOS DE EXTINCIÓN.

"Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula.

Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:

1o.) Por la solución o pago efectivo."

4. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN RESPECTO A LAS RECLAMACIONES ACEPTADAS POR LA IPS:

El día 7 de enero de 2022, se llevó a cabo conciliación de objeciones y cuentas médicas, a la cual asistió Diana Milena Ortiz Almonacid en calidad de auditora de la IPS y Alexander Deaza Mendoza en calidad de auditor de la compañía que represento, allí se suscribió el acta No. 2022-0107 bajo el código de formato: F26 – R3, en el cual se logra evidenciar que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO aceptó objeciones formuladas por mi representada que ascienden a la suma de **DOS MILLONES SEISCIENTOS DIECIOCHO MIL DOCE PESOS M/CTE (\$2.618.012)**, tal y como se relaciona a continuación:

| <u>NUMERO FACTURA</u> | <u>VALOR ACEPTADO IPS</u> |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 38691 | \$415.500,00 |
| 442795 | \$221.300,00 |
| 26768 | \$63.733,00 |
| 38465 | \$229.236,00 |
| 40875 | \$18.814,00 |
| 41489 | \$957.718,00 |
| 43633 | \$95.413,50 |
| 64870 | \$5.685,00 |
| 68437 | \$757,00 |
| 92376 | \$609.855,00 |
| TOTAL: | \$2.618.011,50 |

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 las objeciones que fueron formuladas dentro del término oportuno, es decir, la misma FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO reconoció que la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. tenía razón para no realizar el pago, por tal motivo, resulta más que claro que de las reclamaciones que fueron relacionadas en la presente excepción no se desprende una obligación a cargo de la demandada, si el acreedor acepta la objeción que ha formulado el asegurador no existe obligación alguna.

En ese aspecto se llama la atención del Despacho que cuando se presentó la demanda ya se había suscrito el acta de conciliación en la que la demandante aceptó las objeciones, por lo que no debió incluirlas en la demanda. El actuar de la demandante y de su apoderado riñen con los deberes establecidos en el artículo 78 del Código General del Proceso, norma en la cual se le exige proceder con lealtad y buena fe y obrar sin temeridad en sus pretensiones.

5. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN POR MALA FE EN LA RECLAMACIÓN.

En el caso que nos ocupa, existió mala fe de la demandante al formular la reclamación, por las siguientes razones:

5.1. SOBREPRECIO MAOS

En varias reclamaciones que son objeto del presente proceso y en las que se reclama el pago de MAOS, se solicita el pago de precios que exceden notoriamente los precios promedios del mercado que otras casas distribuidoras o fabricantes de esos MAOS, facturan por materiales de iguales características, tal como se planteó en la excepción denominada "*OBJECCIÓN PARCIAL POR SOBREPRECIO EN EL MATERIAL DE OSTEOSÍNTES*".

Por lo anterior, no hay 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, máxime si existen otras casas comerciales que brindan los mismos estándares de calidad y a un precio mucho menor.

Es factible que entre un proveedor y otro haya diferencias en costos hasta del 15%, pero diferencias superiores al 100% tal como se pudo observar con el ejemplo consignado en la excepción referenciada y sobrepuestos que oscilan hasta en un 155%, demuestran la mala fe en la reclamación, lo que al tenor de lo dispuesto en el artículo 1078 del Código de Comercio, da lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

5.2. COBRO DE ATENCIONES MÉDICAS Y/O EXAMENES DIAGNOSTICOS NO NECESARIOS

Cuando se analizaron las reclamaciones objetadas por impertinencia, se explicó de manera detallada como un gran número de las reclamaciones objeto de cobro en el presente proceso, incluían atenciones médicas, suministro de medicamentos, o realización de exámenes diagnósticos que de acuerdo a las guías médicas y los protocolos no eran pertinentes para lograr el mejoramiento o si quiera cambio de la salud de la víctima del accidente de tránsito, se relató un ejemplo en el cual se realizaron varias radiografías, que, en últimas devinieron en superfluas, en tanto que, por el tipo de lesiones sufridas por el paciente en el accidente de tránsito no se requería la práctica de dicho examen. Esta situación se repite en múltiples reclamaciones cuya cuantía asciende a \$690.000 en las que se cobran servicios, o bienes que no eran necesarios suministrar a la víctima de accidente de tránsito, lo que conlleva a que exista una mala fe en las reclamaciones y que se presente la consecuencia

jurídica de la pérdida del derecho a la indemnización de acuerdo a lo establecido en el artículo 1078 del Código de Comercio.

5.3. COBRO DE TARIFAS SUPERIORES A LAS ESTABLECIDAS

Como se explicó en la excepción de las objeciones por tarifas, la demandante factura algunos medicamentos, insumos o atenciones médicas con tarifas diferentes a las establecidas en el tarifario, es decir, que no obstante que la demandante conoce que algunos de los servicios que presta o de los medicamentos que suministra, tienen un precio fijado por el tarifario SOAT, cuando reclama no respeta ese precio e incluye en la factura un precio superior, lo que se constituye en un actuar de mala fe que da lugar a la pérdida del derecho de la indemnización, para no ser repetitivo, se remite al despacho a los análisis realizados en las respectivas objeciones por tarifas, donde podrá evidenciarse los mayores precios cobrados.

5.4. COBRO DOBLE DE UN MISMO PROCEDIMIENTO O INSUMO

Cuando se analizó las objeciones por facturación, se mostró al despacho como la demandante que cobra por un procedimiento quirúrgico determinado o un insumo o medicamento, luego, vuelve a cobrar uno de los procedimientos o insumos que están incluidos en el procedimiento inicialmente facturado o en los derechos de sala, un claro ejemplo de este tipo de doble cobro, es cuando a un paciente con herida abierta se le realiza un procedimiento quirúrgico en el cual se le coloca una placa de osteosíntesis, la IPS factura ese costo del procedimiento quirúrgico y de manera separada cobra un procedimiento que se llama debridación, que es necesario ejecutar para poder colocar la placa de osteosíntesis, es decir, cobra el procedimientos y cobra por separado una de las fases del acto quirúrgico que está comprendido en el procedimiento.

Este tipo de proceder se repite en varias de las reclamaciones objeto de cobro en este proceso, y cuando la aseguradora, al realizar la gestión de auditoría revisando la historia clínica, los resultados de exámenes diagnósticos y de laboratorio, las notas de enfermería y quirúrgicas, evidencia ese doble cobro, procede a objetar, señalándole de manera puntual al reclamante las razones de la misma, tal como obra en la prueba documental adjunta.

Si la reclamante es consciente que una parte de un procedimiento está incluida en la tarifa del procedimiento mayor, cuando factura

doblemente el procedimiento menor incluido en el mayor, o en eventos donde factura insumos o medicamentos que se encuentran incluidos dentro de los derechos de sala, está actuando de mala fe, ya que pretende derivar un provecho indebido y obtener un doble pago por un mismo procedimiento, insumo o medicamento, lo que conlleva a que pierda el derecho a toda la indemnización.

Por las razones expuestas anteriormente y con la prueba documental que será aportada al proceso, queda acreditada la mala fe en la reclamación, razón por la cual, se configura la pérdida de la indemnización tal y como lo establece el artículo 1078 del Código de Comercio en su inciso 2.

6. MALA FE

En el presente caso, la aquí demandante alega que mi representada objetó solo algunas reclamaciones, no obstante, dicha afirmación desconoce lo alegado por mi representada en cada una de las objeciones formuladas ya que, esta frente a todas las reclamaciones, formuló una consecuente, por lo que el actuar de la parte se constituye como temerario y de mala fe al tenor del artículo 79 del Código General del Proceso que presume la temeridad y mala fe cuando se alegan hechos contrarios a la realidad.

"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, porque: i) en la demanda se indica que se objetaron algunas reclamaciones y que en todo caso, la IPS ha subsanado en debida forma las causales invocadas, situación que es contraria a la realidad toda vez que con la demanda no se acompañó prueba que en efecto acredite lo afirmado por

la parte actora ii) en la demanda se reclama el pago de atenciones médicas en las cuales la aseguradora objetó y la IPS aceptó la objeción formulada iii) en la demanda se afirma que hay reclamaciones impagas, cuando la IPS sabe que la aseguradora realizó el pago por la suma de \$3.951.334 iv) en la demanda se afirma que las reclamaciones, se presentaron con la documentación necesaria exigida por la legislación SOAT, cuando existen varias reclamaciones que no fueron aportadas con todos los soportes.

Adicionalmente, la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO indica que mi representada ha incumplido su obligación legal de pagar el valor de las reclamaciones formuladas, lo cual no resulta ser cierto porque la compañía aseguradora objetó todas las reclamaciones y la IPS es quien ha incumplido su obligación legal de acreditar tanto la ocurrencia del siniestro como la cuantía de la pérdida, de conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio, de igual forma, la misma demandante está desconociendo las aceptaciones que ella misma formuló frente a algunas objeciones formuladas por mi representada, por lo que resulta evidente que está alegando hechos contrarios a la realidad.

Basta que el despacho realice un paralelo entre cada una de las reclamaciones relacionadas en la demanda con los diferentes cuadros desarrollados en esta contestación y las cartas de objeción, para que logre evidenciar que la aquí demandante omitió indicar las verdaderas razones por las cuales se objetó cada reclamación.

Por las razones expuestas, el despacho deberá imponerle a la IPS las sanciones establecidas en el artículo 80 y 81 del Código General del Proceso.

7. INEXISTENCIA DE INTERESES MORATORIOS

El artículo 1080 del Código de Comercio establece la obligación del asegurador de pagar intereses moratorios al 1.5 veces el interés bancario corriente, 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, IPS FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO acredita siniestro y cuantía, surge la obligación del asegurador de reconocer intereses moratorios. en todas las reclamaciones que se incluyen en la demanda, el asegurador en forma oportuna objetó las mismas, señalando las razones de la objeción, esto conlleva a que no esté acreditado el siniestro o la cuantía y en consecuencia no exista obligación a cargo del asegurador y menos aún el deber de pagar intereses moratorios respecto de una obligación que no existe.

En el hipotético evento en el que al dictarse sentencia se considere que existe alguna obligación a cargo del asegurador y se ordene su pago, deberá tenerse en cuenta que la tasa de interés moratorio que debe aplicarse es la establecida en el artículo 1080 del Código de Comercio correspondiente al **1.5 veces** el

interés bancario corriente establecido por la Superintendencia Financiera y el cual es variable cada mes.

De igual forma, se reitera que el Decreto No. 4747 de 2007 no es aplicable a mi representada toda vez que no se encuentra entre las entidades responsables del pago de servicios de salud.

Finalmente, el Despacho deberá tener en cuenta que los intereses moratorios que eventualmente se llegaren a causar únicamente podrán causarse a partir de la ejecutoria del fallo que ponga fin a esta controversia, tal y como se desarrolló en la reciente **Sentencia SC-1947-2021** expedida por la Corte Suprema de Justicia el día 26 de mayo de 2021, por cuanto sólo será en el trámite de este proceso que se definirá si existe el derecho de la demandante de recibir el pago de las reclamaciones pretendidas.

"... la acreditación de la existencia del siniestro y la cuantía de la pérdida que exige el artículo 1080 del Código de Comercio como detonante de la mora del asegurador, solo puede entenderse satisfecha en la fase de valoración de la prueba, no antes, pues solo en desarrollo de esa labor de juzgamiento resulta posible determinar, de manera objetiva, lo que se tuvo por probado en el proceso.

Es que antes, ello es imposible, sobre todo si dicho demandado, la aseguradora llamada en garantía, o los dos, discuten la responsabilidad endilgada a aquél y/o el monto de los perjuicios solicitados, pues, se itera, únicamente hasta cuando el debate judicial quede zanjado por sentencia que lo defina en favor de la parte actora y en contra del accionado, es factible aseverar que el patrimonio del último está efectivamente expuesto a reducirse (siniestro) en un monto específico (cuantía de la pérdida).

Y, siendo ello así, y dado que, -como viene de verse- en contextos como el descrito la demostración de las variables del canon 1077 del estatuto mercantil se diferirá a la etapa de la sentencia, su ejecutoria bastará para hacer exigible el pago de la condena impuesta por la jurisdicción, siendo por ello improcedente otorgar un plazo de gracia de treinta días que establece la misma codificación en el artículo 1080 previamente citado.

[...]

Lo hasta aquí expuesto, impone a la Sala el deber de abandonar la tesis consistente en que, frente a la ausencia de una reclamación extrajudicial del seguro y la formulación, por ende, de la correspondiente demanda judicial, la mora del asegurador está determinada por su constitución en mora, surtida por la notificación del auto admisorio de ese último

escrito, de conformidad con lo que en su momento preveía el artículo 90 del Código de Procedimiento Civil y que en la actualidad estatuye el artículo 94 del Código General del Proceso.

[...]

Estimar que con la notificación del auto admisorio de la demanda en la que se reclama a la aseguradora la indemnización a su cargo, sobreviene la mora de esta última, como cuestión automática, comporta en un buen número de casos, anticipar indebidamente el momento en que ello tiene ocurrencia, pues como ya se analizó, la demostración del siniestro y de la cuantía de la pérdida puede ser resultado de la actividad probatoria cumplida en el proceso, incluso, en segunda instancia, comprobaciones que son necesarias para computar el mes previsto en el artículo 1080 del estatuto mercantil, cuyo vencimiento fija la mora del asegurador y, por ende, el momento desde el cual éste queda obligado al pago de intereses de tal linaje. [...]

8. PRUEBAS

1. DOCUMENTAL

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

- 1.1. Cuadro en Excel en el que se relaciona cada una de las reclamaciones y se indica la fecha en la que fue avisada a la compañía y se indica la objeción que se hizo de la misma, que se encuentra en el archivo denominado "**CARTERA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO 2022-488**" y donde se especifica cuáles fueron las causales de las objeciones.
- 1.2. Comunicados enviados a la IPS por medio de los cuales se informa la objeción, que se encuentra en el link de OneDrive denominado "**COMUNICACIONES - OBJECIONES**"
- 1.3. Pruebas de entrega de los comunicados por medio de los cuales se objetaron las reclamaciones, que se encuentra en el link de OneDrive denominado "**ACTAS DE ENTREGA**"

1.4. Actas de conciliación de las facturas canceladas, en un archivo de Excel que se encuentra en el link de OneDrive denominado ***ACTAS DE CONCILIACIÓN.***

1.5. Comprobantes de pago de las facturas canceladas, en un archivo de Excel que se encuentra en el link de OneDrive denominado ***"SOPORTES DE PAGO"***.

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

<https://drive.google.com/drive/folders/1aq0Xk9iueDCxVFC7RLA2cymmqJ-uOZ7X>

2. 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.

3. 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.

4. TESTIMONIAL

4.1. Para acreditar los motivos de objeción y el trámite adelantado por cada reclamación, así como el estado de la cartera, cítese a ARIEL CARDENAS, funcionario de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS en el área de SOAT. Quien se encuentra ubicado en la calle 33 N° 6B - 24 – Bogotá D.C. acardenas@segurosmundial.com.co; teléfono (+571) 2855600.

4.2. Para acreditar las objeciones parciales por los diversos motivos, cítese a NARCY GARCÍA TORRES, directora Médica de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS. Quien se encuentra ubicada en la calle 33 N° 6B - 24 – Bogotá D.C. ngarcia@segurosmundial.com.co; teléfono (+571) 2855600.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

Solicito que de acuerdo al artículo 265 y 266 del Código General del Proceso, y con el fin de acreditar las excepciones formuladas; ordénese a la IPS FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO exhibir los siguientes documentos que tiene en su poder:

- 5.1.** El comprobante contable y extracto bancario en que conste los pagos realizados por mi representada.
- 5.2.** En caso de que la IPS Fundación Hospital San Pedro haya presentado reclamaciones ante otras aseguradoras frente a las mismas facturas aportadas con las reclamaciones formuladas ante la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., solicito exhiba lo siguiente:
 - 5.2.1.** La documentación que fue acompañada con las reclamaciones.

6. DICTAMEN PERICIAL

De conformidad con el artículo 226 del Código General del Proceso en concordancia con el artículo 227 del mismo estatuto, me permito solicitar al Despacho, se fije un término prudencial para que la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. aporte dictamen pericial con el que demostrará que en algunas de las reclamaciones objeto del proceso se solicita el pago de procedimientos, métodos diagnósticos, y medicamentos, manifiestamente impertinentes, y que respecto de algunos materiales de osteosíntesis incluidos en las reclamaciones, se solicita el pago de precios excesivos, respecto de los precios promedios del mercado.

En la fijación del plazo para la entrega del dictamen, deberá tener en cuenta el despacho que este versará sobre las 6 reclamaciones que son objeto de la presente demanda que fueron objetadas parcialmente, y que se refieren a atenciones médicas brindadas a cada una de las víctimas de accidente de tránsito, lo que hace que el perito deba analizar las voluminosas historias clínicas y demás soportes que en cada caso se elaboran y expiden.

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

[318 243 4896](tel:3182434896)

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Correo electrónico para notificaciones judiciales:

mundial@segurosmondial.com.co

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Yepes Restrepo', with a small dot to the left.

JULIO CESAR YEPES RESTREPO

C.C.71.651.989 de Medellín

T.P. 44.010 del C S de la J.

17229 CONTESTACIÓN
KMSM.