

**PRESENTACION MEMORIAL CONTESTACION DEMANDA 76001 40 03 009 2021 00824 00**

NOTIFICACIONES Julio Cesar Yepes Abogados &lt;notificaciones@jcyepesabogados.com&gt;

Lun 04/04/2022 16:53

Para: Juzgado 09 Civil Municipal - Valle Del Cauca - Cali &lt;j09cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

CC: gerencia@ipsaludcm.com &lt;gerencia@ipsaludcm.com&gt;;notificaciones@hmasociados.com &lt;notificaciones@hmasociados.com&gt;;hernandomorales@hmasociados.com &lt;hernandomorales@hmasociados.com&gt;;Andrés Molina &lt;amolina@jcyepesabogados.com&gt;;Julio Cesar Yepes Restrepo &lt;jcyepes@jcyepesabogados.com&gt;

 1 archivos adjuntos (2 MB)

CONTESTACIÓN DEMANDA CENTRO MEDICO IP SALUD RAD 76001400300920210082400.pdf;

Señor

**JUEZ NOVENO CIVIL MUNICIPAL DE CALI**

Ciudad

**ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA****REF: DECLARATIVO VERBAL – MÍNIMA CUANTÍA****DTE: CENTRO MÉDICO IP SALUD S.A.S****DDO: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.****RDO: 76001 40 03 009 2021 00824 00**

**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.

Adjunto memorial en formato PDF y link de drive con anexos.

<https://drive.google.com/drive/folders/1nyqaSrQkpKbx1Wkc7brurb5x6tNYZVJC?usp=sharing>

Cordialmente;

**JULIO CESAR YEPES RESTREPO**

mcjv

Señor  
**JUEZ NOVENO CIVIL MUNICIPAL  
CALI**

**REF.:** CONTESTACIÓN DEMANDA  
**TIPO DE PROCESO:** DECLARATIVO VERBAL – MÍNIMA  
CUANTÍA  
**DEMANDANTE:** CENTRO MÉDICO IP SALUD S.A.S  
**DEMANDADO:** COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.  
**RADICADO:** 76001400300920210082400

**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. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA**, nos atenemos a lo que se logre probar al interior del proceso.

**SEGUNDO. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA**, en atención a que es una afirmación sin sustento probatorio, y dicha información escapa del conocimiento que pueda llegar a tener mi representada, razón por la cual será objeto de prueba al interior del proceso.

**TERCERO. NO ES CIERTO**, la factura es uno de los requisitos que de conformidad con el artículo 26 del Decreto 056 de 2015 debe acompañar el reclamante de amparos del SOAT al asegurador, además debe acompañar el formulario FURIPS, y para el evento de gastos de transporte debe acompañar el documento que de cuenta de la movilización de la víctima del accidente de tránsito desde el lugar del accidente hasta el centro hospitalario.

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

- Respecto a que el día 9 de enero de 2019, la aquí demandante presentó ante mi representada la factura No. 107725, **ES CIERTO**, sin embargo, se advierte al despacho que la factura es solo uno de los documentos

anexos a la reclamación, y que se requieren para que el asegurador proceda con el estudio correspondiente para determinar si es procedente el pago o si por el contrario hay lugar a formular una objeción.

- Respecto a que la factura se presentó con el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente, **NO ES CIERTO**, dado en primer lugar, se reitera que la factura es uno de los documentos anexos a la reclamación, y en segundo lugar, al momento de que mi representada procedió con el estudio de la reclamación, encontré que el pago pretendido no era procedente, dado que se trataba de un traslado de múltiples víctimas en la misma ambulancia, y de conformidad con la Resolución 2003 de 2014 y las guías básicas de atención médica prehospitalaria del Ministerio de Salud y Protección Social, no se puede atender simultáneamente a más de un paciente durante su traslado en ambulancia.

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

- Respecto a que, con oficio de fecha del 22 de enero de 2019, mi representada realizó la devolución de la factura No. 107725, la cual hace parte de la reclamación formulada a mi representada, **ES CIERTO**.
- Frente a la afirmación realizada por la parte actora en donde indica que la devolución efectuada por mi representada fue con posterioridad a los tres días exigidos para su aceptación, de conformidad con el artículo 86 de la Ley 1676 de 2021 y que por tal motivo se constituye como aceptada, **NO ES CIERTO**, por las siguientes razones:
  - a) El caso que nos ocupa no se trata de una factura cambiaria, puesto que las facturas expedidas por la IPS, se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro (Código de Comercio), las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria.
  - b) En las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, como lo son el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en

el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.

- c) 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 siniestro como cuantía tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Así las cosas, la devolución u objeción formulada por mi representada ante la reclamación No. 107725 fue formulada dentro del término legal dispuesto para ello, razón por la cual de dicha reclamación no se puede desprender ninguna obligación de pago respecto a mi representada, toda vez que la demandante no cumplió con su carga de acreditar tanto siniestro como cuantía.

Adicionalmente, se advierte desde ya al Despacho que pese a que la demandante no ha acreditado tanto siniestro como cuantía, la supuesta obligación se encuentra prescrita, toda vez que el servicio fue prestado por la IPS el día 26 de diciembre de 2018, fecha a partir de la cual corría el término de prescripción de dos años para que la IPS solicitara el pago de dicha reclamación de manera judicial, por lo que a la fecha de presentación de la demanda, el término prescriptivo ya se había configurado, extinguiendo así la obligación.

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

- Respecto a que el día 9 de enero de 2019, la aquí demandante presentó ante mi representada la factura No. 107862, ES CIERTO, sin embargo, se advierte al despacho que la factura es solo uno de los documentos anexos a la reclamación, y que se requieren para que el asegurador proceda con el estudio correspondiente para determinar si es procedente el pago o si por el contrario hay lugar a formular una objeción.
- Respecto a que la factura se presentó con el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente, NO ES CIERTO, dado en primer lugar, se reitera que la factura es uno de los documentos anexos a la reclamación, y en segundo lugar, al momento de que mi representada procedió con el estudio de la reclamación, encontró que el pago pretendido no era procedente, dado que se trataba de un

traslado de múltiples víctimas en la misma ambulancia, y de conformidad con la Resolución 2003 de 2014 y las guías básicas de atención médica prehospitalaria del Ministerio de Salud y Protección Social, no se puede atender simultáneamente a más de un paciente durante su traslado en ambulancia.

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

- Respecto a que, con oficio de fecha del 22 de enero de 2019, mi representada realizó la devolución de la factura No. 107862, la cual hace parte de la reclamación formulada a mi representada, ES CIERTO.
- Frente a la afirmación realizada por la parte actora en donde indica que la devolución efectuada por mi representada fue con posterioridad a los tres días exigidos para su aceptación, de conformidad con el artículo 86 de la Ley 1676 de 2021 y que por tal motivo se constituye como aceptada, NO ES CIERTO, por las siguientes razones:
  - a) El caso que nos ocupa no se trata de una factura cambiaria, puesto que las facturas expedidas por la IPS, se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro (Código de Comercio), las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria.
  - b) En las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, como lo son el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.
  - c) 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 siniestro como cuantía tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Así las cosas, la devolución u objeción formulada por mi representada ante la reclamación No. 107862 fue formulada dentro del término legal dispuesto para ello, razón por la cual de dicha reclamación no se puede desprender ninguna obligación de pago respecto a mi representada, toda vez que la demandante no cumplió con su carga de acreditar tanto siniestro como cuantía.

Adicionalmente, se advierte desde ya al Despacho que pese a que la demandante no ha acreditado tanto siniestro como cuantía, la supuesta obligación se encuentra prescrita, toda vez que el servicio fue prestado por la IPS el día 28 de diciembre de 2018, fecha a partir de la cual corría el término de prescripción de dos años para que la IPS solicitara el pago de dicha reclamación de manera judicial, por lo que a la fecha de presentación de la demanda, el término prescriptivo ya se había configurado, extinguiendo así la obligación.

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

- Respecto a que el día 9 de enero de 2019, la aquí demandante presentó ante mi representada la factura No. 98835, **ES CIERTO**, sin embargo, se advierte al despacho que la factura es solo uno de los documentos anexos a la reclamación, y que se requieren para que el asegurador proceda con el estudio correspondiente para determinar si es procedente el pago o si por el contrario hay lugar a formular una objeción.
- Respecto a que la factura se presentó con el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente, **NO ES CIERTO**, dado en primer lugar, se reitera que la factura es uno de los documentos anexos a la reclamación, y en segundo lugar, al momento de que mi representada procedió con el estudio de la reclamación, encontró que el lesionado ingresó a la IPS por sus propios medios, por lo que el traslado objeto de la reclamación por parte de la demandante no se prestó, y en consecuencia, al no haber sido prestado, no puede pagado por el asegurador.

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

- Respecto a que, con oficio de fecha del 9 de enero de 2019, mi representada realizó la devolución de la factura No. 98835, la cual hace parte de la reclamación formulada a mi representada, **NO ES CIERTO**,

dado que la objeción formulada por mi representada fue con fecha de 17 de agosto de 2018, como se puede apreciar a continuación:

Bogotá D.C. 17 de agosto de 2018  
DEV-201808008842

Señores  
CENTRO MEDICO IP SALUD SAS  
CARRERA 28F No 72 U 62  
CALI - VALLE

AFECTADO  
PÓLIZA  
FACTURA  
TIPO

RAMIRO TORRES ALEGRIA  
18916826  
PO98835  
DEVOLUCION

Respetados Señores,

Esta aseguradora se pronuncia sobre el reclamo que pretende afectar la Póliza de la referencia frente al amparo de gasto de transporte, manifestándole que de conformidad con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 0609 de 2016 expedido por la Alcaldía de Santiago de Cali, mediante el cual se reglamentó "la atención pre-hospitalaria para personas que requieran atención en salud en vía y/o espacio público en el municipio de Santiago de Cali" y de manera específica en su artículo 10, en el que se dispone: "DEBER DE REPORTAR LA LLAMADA POR EL CENTRO AUTOMÁTICO DE DESPACHO CAD ...". El CAD como respondiente, deberá reportar de inmediato la llamada al Centro Inteligente de Referencias y Ambulancias, con la indicación del sitio de la urgencia y/o accidente, quien determinará el pronto despacho de la ambulancia asignada, teniendo como criterio de asignación de la ambulancia, la cercanía con el sitio donde se requiere la atención y deberá orientarla a la IPS que por complejidad corresponda y le asignará un código de atención del servicio con el que se reportará en adelante"

Esta norma fue dictada, entre otras razones, debido a la problemática identificada consistente en: " Que se han presentado situaciones anómalas en la atención de pacientes surgidas de accidentes de tránsito, como la concurrencia de varias ambulancias para atender un caso, lo que ocasiona congestiones y mayores riesgos, así mismo se ha logrado establecer el traslado de pacientes a clínicas o Centros Asistenciales muy distantes del lugar de los hechos, aun sin atender los niveles de complejidad de las IPS e incluso convirtiéndose en generadores de accidentes de tránsito por el desarrollo de estas actuaciones irregulares"

- Frente a la afirmación realizada por la parte actora en donde indica que la devolución efectuada por mi representada fue con posterioridad a los tres días exigidos para su aceptación, de conformidad con el artículo 86 de la Ley 1676 de 2021 y que por tal motivo se constituye como aceptada, **NO ES CIERTO**, por las siguientes razones:
  - a) El caso que nos ocupa no se trata de una factura cambiaria, puesto que las facturas expedidas por la IPS, se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro (Código de Comercio), las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria.
  - b) En las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, como lo son el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.
  - d) 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 siniestro como cuantía tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Así las cosas, la devolución u objeción formulada por mi representada ante la reclamación No. 98835 fue formulada dentro del término legal dispuesto para ello, razón por la cual de dicha reclamación no se puede desprender ninguna obligación de pago respecto a mi representada, toda vez que la demandante no cumplió con su carga de acreditar tanto siniestro como cuantía.

Adicionalmente, se advierte desde ya al Despacho que pese a que la demandante no ha acreditado tanto siniestro como cuantía, la supuesta obligación se encuentra prescrita, toda vez que el servicio fue prestado por la IPS el día 5 de julio de 2018, fecha a partir de la cual corría el término de prescripción de dos años para que la IPS solicitara el pago de dicha reclamación de manera judicial, por lo que a la fecha de presentación de la demanda, el término prescriptivo ya se había configurado, extinguiendo así la obligación.

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

- Respecto a que el día 9 de enero de 2019, la aquí demandante presentó ante mi representada la factura No. 98850, **NO ES CIERTO**, en primer lugar, se advierte al despacho que la factura es solo uno de los documentos anexos a la reclamación, y que se requieren para que el asegurador proceda con el estudio correspondiente para determinar si es procedente el pago o si por el contrario hay lugar a formular una objeción, y en segundo lugar, la reclamación referenciada fue radicada ante mi representada el día 1 de agosto de 2018, tal y como se puede observar en la documentación aportada por la misma demandante así:

**IPISALUD CENTRO MEDICO IPSALUD S.A.S. [760010246101]**  
 NIT 805.019.703-3  
 CARRERA 28 F No 72 U 62 - TELS: 436 53 09 - FAX: 426 24 07 - MAIL: ipsaludcentromedico@hotmail.es  
 Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

748  
R-FAC 8.35

Fecha: Martes, 10-Jul-2018 03:22 pm Cliente: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT: 860037013-6 NIT: 860037013-6 Dirección: CALLE 33 # 6B-24 PISO 2 Y 3 Teléfono(s): 2855600 Fax: 2851220 Correo electrónico: .	<b>FACTURA DE VENTA PO 98850</b>
Pág 1 de 1	

Por concepto de prestación de servicios de salud a:

Historia: 1130634429	Id: CC 1130634429	Usuario: KLINGER ANGULO MIGUEL ANGEL	Masculino	31 Años
Reside: CARRERA 26 J1 # 72 W 46 Tels: 3128414266 Barrio: Los Lagos (URBANO), Santiago de Cali				
Regimen: SOAT	Empresa: 1317 COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	Nivel: NIVEL 1	Afilación: 17809128	
Contrato: 13-17	Aseg: [860037013-6] COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS	Nivel: NIVEL 1	Póliza: 17809128	
Fecha de ingreso: 6 de Julio de 2018 - Fecha de egreso: 6 de Julio de 2018				

CODIGO	COD-2	DESCRIPCION	CANT	UNITARIO	VR TOTAL
S31301		TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES PRIMARIO	1	260,400	260,400

TOTAL GENERAL EN 1 ITEMS FACTURADOS	260,400
A PAGAR POR LA ASEGURADORA: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS	260,400

  
 77 JUL 2018  
 H  
 CONTABILIZADO

[1200] ATENCIÓN MÉDICA PERMANENTE      jhon.dominguez      KLINGER ANGULO MIGUEL ANGEL

- Respecto a que la factura se presentó con el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente, **NO ES CIERTO**, dado en primer lugar, se reitera que la factura es uno de los documentos anexos a la reclamación, y en segundo lugar, al momento de que mi representada procedió con el estudio de la reclamación, encontré que las lesiones presentadas por la víctima le fueron causadas por un automotor distinto al amparado por la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., por tal motivo, el pago pretendido no le corresponde a mi representada.

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

- Respecto a que, con oficio de fecha del 22 de enero de 2019, mi representada realizó la devolución de la factura No. 98850, la cual hace parte de la reclamación formulada a mi representada, **NO ES CIERTO**, como se puede observar a continuación, la devolución efectuada por mi representada tiene fecha del 17 de agosto de 2018, así:

Bogotá D.C. 17 de agosto de 2018  
DEV-201808008751

Señores  
CENTRO MEDICO IP SALUD SAS  
CARRERA 28F No 72 U 62  
CALI - VALLE

AFECTADO	MIGUEL ANGEL KLINGER ANGULO
PÓLIZA	17809128
FACTURA	PO98850
TIPO	DEVOLUCION

Respetados Señores,

Esta aseguradora se pronuncia sobre el reclamo que pretende afectar la Póliza de la referencia frente al amparo de gasto de transporte, manifestándole que de conformidad con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 0609 de 2016 expedido por la Alcaldía de Santiago de Cali, mediante el cual se reglamentó "la atención pre-hospitalaria para personas que requieran atención en salud en vía y/o espacio público en el municipio de Santiago de Cali" y de manera específica en su artículo 10, en el que se dispone: "DEBER DE REPORTAR LA LLAMADA POR EL CENTRO AUTOMÁTICO DE DESPACHO CAD ... " El CAD como respondiente, deberá reportar de inmediato la llamada al Centro Inteligente de Referencias y Ambulancias, con la indicación del sitio de la urgencia y/o accidente, quien determinará el pronto despacho de la ambulancia asignada, teniendo como criterio de asignación de la ambulancia, la cercanía con el sitio donde se requiere la atención y deberá orientarla a la IPS que por complejidad corresponda y le asignará un código de atención del servicio con el que se reportará en adelante"

Esta norma fue dictada, entre otras razones, debido a la problemática identificada consistente en: "Que se han presentado situaciones anómalas en la atención de pacientes surgidas de accidentes de tránsito, como la concurrencia de varias ambulancias para atender un caso, lo que ocasiona congestiones y mayores riesgos, así mismo se ha logrado establecer el traslado de pacientes a clínicas o Centros Asistenciales muy distantes del lugar de los hechos, aun sin atender los niveles de complejidad de las IPS e incluso convirtiéndose en generadores de accidentes de tránsito por el desarrollo de estas actuaciones irregulares"

Por lo anterior, y una vez revisados los documentos de la reclamación, se pudo determinar que su entidad no cuenta con el código de atención de servicio que habilita la prestación del servicio.

Por lo anterior, esta Aseguradora decide devolver los documentos presentados con su reclamación y queda a la espera a que se presente nuevamente aportando el número de asignación.

- Frente a la afirmación realizada por la parte actora en donde indica que la devolución efectuada por mi representada fue con posterioridad a los tres días exigidos para su aceptación, de conformidad con el artículo 86 de la Ley 1676 de 2021 y que por tal motivo se constituye como aceptada, **NO ES CIERTO**, por las siguientes razones:
  - a) El caso que nos ocupa no se trata de una factura cambiaria, puesto que las facturas expedidas por la IPS, se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro (Código de Comercio), las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria.
  - b) En las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, como lo son el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.

- e) 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 siniestro como cuantía tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Así las cosas, la devolución u objeción formulada por mi representada ante la reclamación No. 98850 fue formulada dentro del término legal dispuesto para ello, razón por la cual de dicha reclamación no se puede desprender ninguna obligación de pago respecto a mi representada, toda vez que la demandante no cumplió con su carga de acreditar tanto siniestro como cuantía.

Adicionalmente, se advierte desde ya al Despacho que pese a que la demandante no ha acreditado tanto siniestro como cuantía, la supuesta obligación se encuentra prescrita, toda vez que el servicio fue prestado por la IPS el día 6 de julio de 2018, fecha a partir de la cual corría el término de prescripción de dos años para que la IPS solicitara el pago de dicha reclamación de manera judicial, por lo que a la fecha de presentación de la demanda, el término prescriptivo ya se había configurado, extinguiendo así la obligación.

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

- Respecto a que el día 22 de abril de 2019, la aquí demandante presentó ante mi representada la factura No. 115026, **ES CIERTO**, sin embargo, se advierte al despacho que la factura es solo uno de los documentos anexos a la reclamación, y que se requieren para que el asegurador proceda con el estudio correspondiente para determinar si es procedente el pago o si por el contrario hay lugar a formular una objeción.
- Respecto a que la factura se presentó con el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente, **NO ES CIERTO**, dado en primer lugar, se reitera que la factura es uno de los documentos anexos a la reclamación, y en segundo lugar, al momento de que mi representada procedió con el estudio de la reclamación, encontró que el servicio no fue prestado, dado que la víctima ingresó por sus propios

medios, razón por la cual formuló la respectiva objeción indicando las razones por las cuales no procedía el pago pretendido.

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

- Respecto a que, con oficio de fecha del 2 de MAYO de 2019, mi representada realizó la devolución de la factura No. 115026, la cual hace parte de la reclamación formulada a mi representada, **ES CIERTO**.
- Frente a la afirmación realizada por la parte actora en donde indica que la devolución efectuada por mi representada fue con posterioridad a los tres días exigidos para su aceptación, de conformidad con el artículo 86 de la Ley 1676 de 2021 y que por tal motivo se constituye como aceptada, **NO ES CIERTO**, por las siguientes razones:
  - a) El caso que nos ocupa no se trata de una factura cambiaria, puesto que las facturas expedidas por la IPS, se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro (Código de Comercio), las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria.
  - b) En las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, como lo son el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.
  - c) 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 siniestro como cuantía tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Así las cosas, la devolución u objeción formulada por mi representada ante la reclamación No. 115026 fue formulada dentro del término legal

dispuesto para ello, razón por la cual de dicha reclamación no se puede desprender ninguna obligación de pago respecto a mi representada, toda vez que la demandante no cumplió con su carga de acreditar tanto siniestro como cuantía.

Adicionalmente, se advierte desde ya al Despacho que pese a que la demandante no ha acreditado tanto siniestro como cuantía, la supuesta obligación se encuentra prescrita, toda vez que el servicio fue prestado por la IPS el día 11 de abril de 2019, por lo que a partir de allí, corría el término de prescripción de dos años para que la IPS solicitara el pago de dicha reclamación de manera judicial, por lo que a la fecha de presentación de la demanda, esto es, el 9 de noviembre de 2021, el término prescriptivo ya se había configurado, extinguiendo así la obligación.

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

- Respecto a que el día 22 de abril de 2019, la aquí demandante presentó ante mi representada la factura No. 115025, **ES CIERTO**, sin embargo, se advierte al despacho que la factura es solo uno de los documentos anexos a la reclamación, y que se requieren para que el asegurador proceda con el estudio correspondiente para determinar si es procedente el pago o si por el contrario hay lugar a formular una objeción.
- Respecto a que la factura se presentó con el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente, **NO ES CIERTO**, dado en primer lugar, se reitera que la factura es uno de los documentos anexos a la reclamación, y en segundo lugar, al momento de que mi representada procedió con el estudio de la reclamación, encontró que el servicio no fue prestado, dado que la víctima ingresó por sus propios medios, razón por la cual formuló la respectiva objeción indicando las razones por las cuales no procedía el pago pretendido.

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

- Respecto a que, con oficio de fecha del 2 de MAYO de 2019, mi representada realizó la devolución de la factura No. 115025, la cual hace parte de la reclamación formulada a mi representada, **ES CIERTO**.

- Frente a la afirmación realizada por la parte actora en donde indica que la devolución efectuada por mi representada fue con posterioridad a los tres días exigidos para su aceptación, de conformidad con el artículo 86 de la Ley 1676 de 2021 y que por tal motivo se constituye como aceptada, **NO ES CIERTO**, por las siguientes razones:
  - a) El caso que nos ocupa no se trata de una factura cambiaria, puesto que las facturas expedidas por la IPS, se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro (Código de Comercio), las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria.
  - b) En las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, como lo son el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.
  - c) 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 siniestro como cuantía tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Así las cosas, la devolución u objeción formulada por mi representada ante la reclamación No. 115025 fue formulada dentro del término legal dispuesto para ello, razón por la cual de dicha reclamación no se puede desprender ninguna obligación de pago respecto a mi representada, toda vez que la demandante no cumplió con su carga de acreditar tanto siniestro como cuantía.

Adicionalmente, se advierte desde ya al Despacho que pese a que la demandante no ha acreditado tanto siniestro como cuantía, la supuesta obligación se encuentra prescrita, toda vez que el servicio fue prestado por la IPS el día 11 de abril de 2019, por lo que a partir de allí, corría el término de prescripción de dos años para que la IPS solicitara el pago de dicha reclamación de manera judicial, por lo que a la fecha de

presentación de la demanda, esto es, el 9 de noviembre de 2021, el término prescriptivo ya se había configurado, extinguiendo así la obligación.

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

- Respecto a que el día 1 de marzo de 2019, la aquí demandante presentó ante mi representada la factura No. 111600, **ES CIERTO**, sin embargo, se advierte al despacho que la factura es solo uno de los documentos anexos a la reclamación, y que se requieren para que el asegurador proceda con el estudio correspondiente para determinar si es procedente el pago o si por el contrario hay lugar a formular una objeción.
- Respecto a que la factura se presentó con el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente, **NO ES CIERTO**, dado en primer lugar, se reitera que la factura es uno de los documentos anexos a la reclamación, y en segundo lugar, al momento de que mi representada procedió con el estudio de la reclamación, encontró que no existía claridad sobre la fecha de la ocurrencia del accidente de tránsito, por lo que solicitó que aclararan dicha información, sin embargo a la fecha la parte actora no ha cumplido con su carga de aclarar la información solicitada por el asegurador, por lo que no puede surgir obligación de pago alguna.

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

- Respecto a que, con oficio de fecha del 1 de marzo de 2019, mi representada realizó la devolución de la factura No. 111600, la cual hace parte de la reclamación formulada a mi representada, **ES CIERTO**.
- Frente a la afirmación realizada por la parte actora en donde indica que la devolución efectuada por mi representada fue con posterioridad a los tres días exigidos para su aceptación, de conformidad con el artículo 86 de la Ley 1676 de 2021 y que por tal motivo se constituye como aceptada, **NO ES CIERTO**, por las siguientes razones:

- a) El caso que nos ocupa no se trata de una factura cambiaria, puesto que las facturas expedidas por la IPS, se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro (Código de Comercio), las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria.
- b) En las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, como lo son el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.
- c) 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 siniestro como cuantía tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Así las cosas, la devolución u objeción formulada por mi representada ante la reclamación No. 111600 fue formulada dentro del término legal dispuesto para ello, razón por la cual de dicha reclamación no se puede desprender ninguna obligación de pago respecto a mi representada, toda vez que la demandante no cumplió con su carga de acreditar tanto siniestro como cuantía.

Adicionalmente, se advierte desde ya al Despacho que pese a que la demandante no ha acreditado tanto siniestro como cuantía, la supuesta obligación se encuentra prescrita, toda vez que el servicio fue prestado por la IPS el día 16 de febrero de 2019, por lo que a partir de allí, corría el término de prescripción de dos años para que la IPS solicitara el pago de dicha reclamación de manera judicial, por lo que a la fecha de presentación de la demanda, esto es, el 9 de noviembre de 2021, el término prescriptivo ya se había configurado, extinguiendo así la obligación.

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

- Respecto a que el día 7 de febrero de 2019, la aquí demandante presentó ante mi representada la factura No. 106505, **NO ES CIERTO**, en primer lugar, se advierte al despacho que la factura es solo uno de los documentos anexos a la reclamación, y que se requieren para que el asegurador proceda con el estudio correspondiente para determinar si es procedente el pago o si por el contrario hay lugar a formular una objeción, y en segundo lugar, la reclamación referenciada fue radicada por primera vez ante mi representada el día 17 de diciembre de 2018, tal y como se puede observar en la documentación aportada por la misma demandante así:

Resolución 01915 28

124<sup>3</sup>  
12821

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FURTRAN

760010246101-FPS-10272, 27-Nov-2018 04:51 pm

Fecha de entrega  Radicado

No. radicado anterior

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR

Nombre Empresa de Transporte Especial reclamante CENTRO MEDICO IPSALUD S.A.S.  
Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 760010246101

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Tipo de documento NIT Número de documento 805.019.703-3

Tipo de servicio  Ambulancia básica  Ambulancia medicalizada

Si persona natural  Particular  Público  Oficial  Otro. ¿Cual? \_\_\_\_\_

Vehículo de transporte masivo  Vehículo escolar

En vehículo con placa número TRG538

Dirección de empresa o persona que realiza el transporte CARRERA 28 F No 72 U 62  
Teléfono o celular 436 53 09 - FAX: 426 24 07  
Departamento VALLE DEL CAUCA Cód [76]  
Municipio Santiago de Cali Cód [ 001 ]

II. RELACION DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo Doc	Número documento	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
1 CC	1192894715	KAREN	GIOVANNA	BUITRAGO	BERMUDEZ

COMPANIA MUNDIAL SEGUROS - IQ  
SUCURSAL BOGOTA  
07 FEB 2019  
DOCUMENTOS RECIBIDOS  
UNICAMENTE PARA ESTUDIO  
CORRESPONDENCIA

COMPANIA MUNDIAL SEGUROS - IQ  
SUCURSAL BOGOTA  
17 DIC 2018  
DOCUMENTOS RECIBIDOS  
UNICAMENTE PARA ESTUDIO  
CORRESPONDENCIA

- Respecto a que la factura se presentó con el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente, **NO ES CIERTO**, dado en primer lugar, se reitera que la factura es uno de los documentos anexos a la reclamación, y en segundo lugar, al momento de que mi representada procedió con el estudio de la reclamación, encontró que el pago pretendido no era procedente, dado que se trataba de un traslado de múltiples víctimas en la misma ambulancia, y de conformidad con la Resolución 2003 de 2014 y las guías básicas de atención médica prehospitalaria del Ministerio de Salud y Protección Social, no se puede atender simultáneamente a más de un paciente durante su traslado en ambulancia.

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

- Respecto a que, con oficio de fecha del 20 de febrero de 2019, mi representada realizó la devolución de la factura No. 106505, la cual hace parte de la reclamación formulada a mi representada, **ES CIERTO**.
- Frente a la afirmación realizada por la parte actora en donde indica que la devolución efectuada por mi representada fue con posterioridad a los tres días exigidos para su aceptación, de conformidad con el artículo 86 de la Ley 1676 de 2021 y que por tal motivo se constituye como aceptada, **NO ES CIERTO**, por las siguientes razones:
  - a) El caso que nos ocupa no se trata de una factura cambiaria, puesto que las facturas expedidas por la IPS, se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro (Código de Comercio), las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria.
  - b) En las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, como lo son el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.
  - c) 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 siniestro como cuantía tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Así las cosas, la devolución u objeción formulada por mi representada ante la reclamación No. 106505 fue formulada dentro del término legal dispuesto para ello, razón por la cual de dicha reclamación no se puede desprender ninguna obligación de pago respecto a mi representada,

toda vez que la demandante no cumplió con su carga de acreditar tanto siniestro como cuantía.

Adicionalmente, se advierte desde ya al Despacho que pese a que la demandante no ha acreditado tanto siniestro como cuantía, la supuesta obligación se encuentra prescrita, toda vez que el servicio fue prestado por la IPS el día 26 de noviembre de 2018, por lo que a partir de allí, corría el término de prescripción de dos años para que la IPS solicitara el pago de dicha reclamación de manera judicial, por lo que a la fecha de presentación de la demanda, esto es, el 9 de noviembre de 2021, el término prescriptivo ya se había configurado, extinguiendo así la obligación.

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

- Respecto a que el día 1 de marzo de 2019, la aquí demandante presentó ante mi representada la factura No. 111681, **ES CIERTO**, sin embargo, se advierte al despacho que la factura es solo uno de los documentos anexos a la reclamación, y que se requieren para que el asegurador proceda con el estudio correspondiente para determinar si es procedente el pago o si por el contrario hay lugar a formular una objeción.
- Respecto a que la factura se presentó con el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente, **NO ES CIERTO**, dado en primer lugar, se reitera que la factura es uno de los documentos anexos a la reclamación, y en segundo lugar, al momento de que mi representada procedió con el estudio de la reclamación, encontró que no existía claridad sobre la fecha de la ocurrencia del accidente de tránsito, por lo que solicitó que aclararan dicha información. Según lo descrito en el formulario de reclamación, el accidente ocurrió el 19 de febrero de 2018, sin embargo, como se puede apreciar a en la factura No. PO111681 acompañada con la reclamación formulada a mi representada, allí quedó consignado que el servicio fue prestado el 19 de febrero de 2019, no habiendo entonces claridad sobre la fecha real en la que ocurrió el accidente y fue prestado el servicio a la víctima.

**IPS SALUD** CENTRO MEDICO IPSALUD S.A.S. [760010246101]  
 NIT 805.019.703-3  
 CARRERA 28 F No 72 U 62 - TELS: 436 53 09 - FAX: 426 24 07 - MAIL: ipsaludcentromedico@hotmail.es  
 Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

1400  
R-FAST 8.5s

Fecha: Martes, 19-Feb-2019 07:44 pm Cliente: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT. 860037013-6 NIT: 860037013-6 Dirección: CALLE 33 # 6B-24 PISO 2 Y 3 Teléfono(s): 2855600 Fax: 2851220 Correo electrónico: .	<b>FACTURA DE VENTA PO 111681</b>
Pág 1 de 1	

Por concepto de prestación de servicios de salud a:

Historia: 1143959685	Id: CC 1143959685	Usuario: CASTRO PAZ ANYELA YICELA	Femenino	25 Años
Reside: CRA 12 # 24-63 Tels: 3207235213 Barrio: Ciudad Campestre (URBANO), Santiago de Cali				
Regimen: SOAT	Empresa: 1317 COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	Nivel: NIVEL 1	Afilación: 19039087	
Contrato: 13-17	Aseg: [860037013-6] COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS	Nivel: NIVEL 1	Póliza: 19039087	
Fecha de ingreso: 19 de Febrero de 2019 - Fecha de egreso: 19 de Febrero de 2019				

CODIGO	COD-2	DESCRIPCION	CANT	UNITARIO	VR TOTAL
S31301		TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES PRIMARIO	1	276,000	276,000

Por lo anterior, como a la fecha la parte actora no ha cumplido con su carga de aclarar la información solicitada por el asegurador, no puede surgir obligación de pago alguna por parte de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., en atención a que CENTRO MEDICO IP SALUD no ha acreditado tanto siniestro como cuantía.

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

- Respecto a que, con oficio de fecha del 7 de marzo de 2019, mi representada realizó la devolución de la factura No. 111681, la cual hace parte de la reclamación formulada a mi representada, ES CIERTO.
- Frente a la afirmación realizada por la parte actora en donde indica que la devolución efectuada por mi representada fue con posterioridad a los tres días exigidos para su aceptación, de conformidad con el artículo 86 de la Ley 1676 de 2021 y que por tal motivo se constituye como aceptada, NO ES CIERTO, por las siguientes razones:
  - a) El caso que nos ocupa no se trata de una factura cambiaria, puesto que las facturas expedidas por la IPS, se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro (Código de Comercio), las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria.

- b) En las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, como lo son el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.
- c) 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 siniestro como cuantía tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Así las cosas, la devolución u objeción formulada por mi representada ante la reclamación No. 111681 fue formulada dentro del término legal dispuesto para ello, razón por la cual de dicha reclamación no se puede desprender ninguna obligación de pago respecto a mi representada, toda vez que la demandante no cumplió con su carga de acreditar tanto siniestro como cuantía.

Adicionalmente, se advierte desde ya al Despacho que pese a que la demandante no ha acreditado tanto siniestro como cuantía, la supuesta obligación se encuentra prescrita, pues aunque no hay claridad si el servicio fue prestado el día 18 de febrero de 2018 o de 2019, si se tomaran cualquiera de las dos fechas, se puede evidenciar que para la fecha de presentación de la demanda, esto es, el 9 de noviembre de 2021, la prescripción ordinaria ya se había configurado, extinguiendo así la obligación pretendida.

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

- Respecto a que el día 14 de noviembre de 2018, la aquí demandante presentó ante mi representada la factura No. 99850, **NO ES CIERTO**, en primer lugar, se advierte al despacho que la factura es solo uno de los documentos anexos a la reclamación, y que se requieren para que el asegurador proceda con el estudio correspondiente para determinar

si es procedente el pago o si por el contrario hay lugar a formular una objeción, y en segundo lugar, la reclamación referenciada fue radicada por primera vez ante mi representada el día 6 de septiembre de 2018, tal y como se puede observar en la documentación aportada por la misma demandante así:

Resolución 01915 28-MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FURTRAN

396

760010246101-FPS-9683, 28-Jul-2018 11:03

Fecha de entrega  No. Radicado

No. radicado anterior

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR

Nombre Empresa de Transporte Especial reclamante CENTRO MEDICO IPSALUD S.A.S.  
Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 760010246101

Primer apellido  Segundo apellido

Primer nombre  Segundo nombre

Tipo de documento NIT Número de documento 805.019.703-3

Tipo de servicio  Ambulancia básica  Ambulancia medicalizada

Si persona natural  Particular  Público  Oficial  Diplomático / consular

Vehículo de transporte masivo  Vehículo escolar  Otro. Cual?

En vehículo con placa número DCM572

Dirección de empresa o persona que realiza el transporte CARRERA 28 F No 72 U 62  
Teléfono o celular 436 53 09 - FAX: 426 24 07  
Departamento VALLE DEL CAUCA Cód [76]  
Municipio Santiago de Cali Cód [ 001 ]

II. RELACION DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo Doc	Número documento	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
1 CC	16937767	LUIS	ALBERTO	ALMARIO	LUNA

Tipo de evento que suscita la movilización  Accidente de tránsito  Evento catastrófico  Evento terrorista

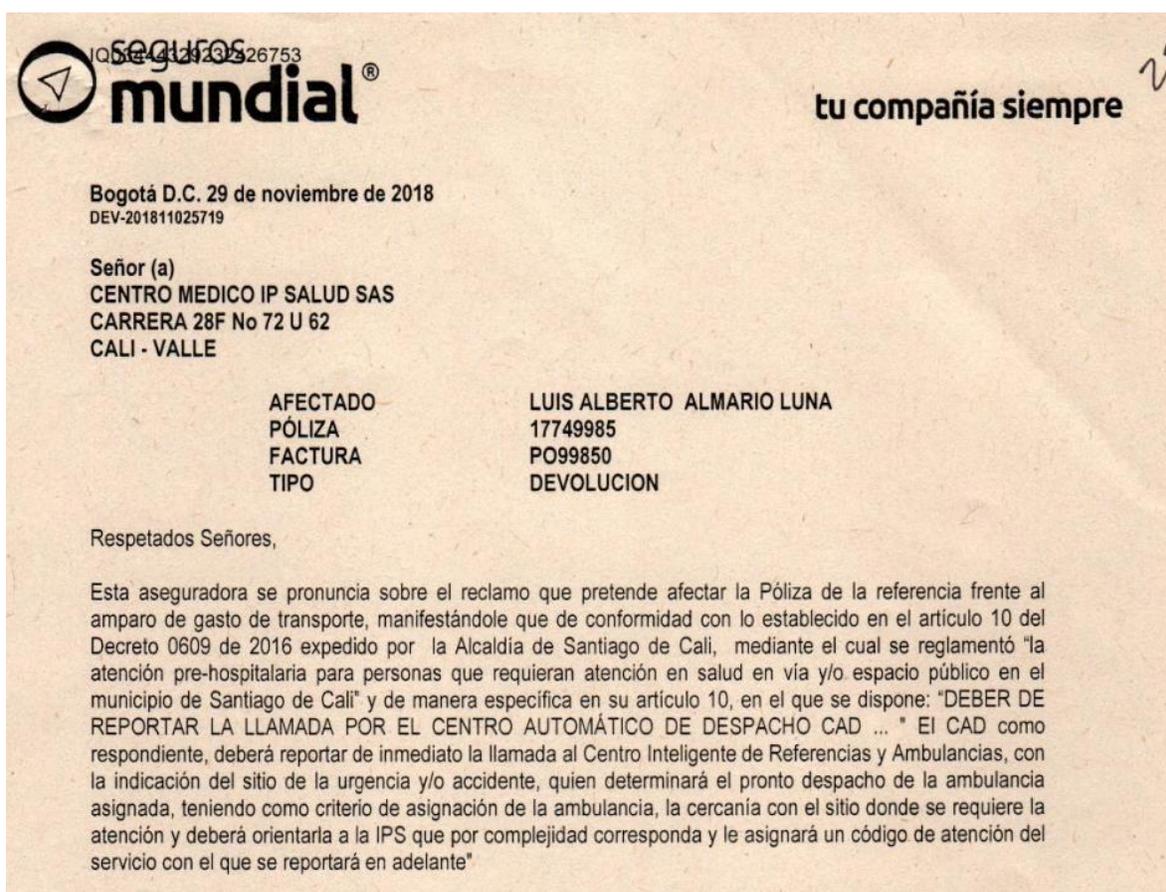
III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

- Respecto a que la factura se presentó con el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente, **NO ES CIERTO**, dado en primer lugar, se reitera que la factura es uno de los documentos anexos a la reclamación, y en segundo lugar, al momento de que mi representada procedió con el estudio de la reclamación, encontró que la entidad aquí demandante no contaba con un código de atención de servicio que la habilitara para prestar el servicio de transporte en ambulancia, por tal motivo al no acreditar la parte demandante que en efecto si se encontraba habilitada para prestar el servicio, dicha objeción adquiere firmeza, y por tal motivo no puede surgir obligación de pago por parte del aseguradora.

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

- Respecto a que, con oficio de fecha del 10 de diciembre de 2018, mi representada realizó la devolución de la factura No. 99850, la cual hace parte de la reclamación formulada a mi representada, **NO ES CIERTO**,

por cuanto la devolución formulada por mi representada tiene fecha del 29 de noviembre de 2018, tal y como se puede apreciar con la documentación aportada por la parte actora, así:



- Frente a la afirmación realizada por la parte actora en donde indica que la devolución efectuada por mi representada fue con posterioridad a los tres días exigidos para su aceptación, de conformidad con el artículo 86 de la Ley 1676 de 2021 y que por tal motivo se constituye como aceptada, **NO ES CIERTO**, por las siguientes razones:
  - a) El caso que nos ocupa no se trata de una factura cambiaria, puesto que las facturas expedidas por la IPS, se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro (Código de Comercio), las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria.
  - b) En las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, como lo son el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en

el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.

- c) 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 siniestro como cuantía tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Así las cosas, la devolución u objeción formulada por mi representada ante la reclamación No. 99850 fue formulada dentro del término legal dispuesto para ello, razón por la cual de dicha reclamación no se puede desprender ninguna obligación de pago respecto a mi representada, toda vez que la demandante no cumplió con su carga de acreditar tanto siniestro como cuantía.

Adicionalmente, se advierte desde ya al Despacho que pese a que la demandante no ha acreditado tanto siniestro como cuantía, la supuesta obligación se encuentra prescrita, toda vez que el servicio fue prestado por la IPS el día 26 de julio de 2018, por lo que a partir de allí, corría el término de prescripción de dos años para que la IPS solicitara el pago de dicha reclamación de manera judicial, por lo que a la fecha de presentación de la demanda, esto es, el 9 de noviembre de 2021, el término prescriptivo ya se había configurado, extinguiendo así la obligación.

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

- Respecto a que el día 13 de marzo de 2020, la aquí demandante presentó ante mi representada la factura No. 137391, **ES CIERTO**, sin embargo, se advierte al despacho que la factura es solo uno de los documentos anexos a la reclamación, y que se requieren para que el asegurador proceda con el estudio correspondiente para determinar si es procedente el pago o si por el contrario hay lugar a formular una objeción.
- Respecto a que la factura se presentó con el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente, **NO ES CIERTO**, dado en

primer lugar, se reitera que la factura es uno de los documentos anexos a la reclamación, y en segundo lugar, al momento de que mi representada procedió con el estudio de la reclamación, encontró que el pago pretendido no era procedente, dado que se trataba de un traslado de múltiples víctimas en la misma ambulancia, y de conformidad con la Resolución 2003 de 2014 y las guías básicas de atención médica prehospitalaria del Ministerio de Salud y Protección Social, no se puede atender simultáneamente a más de un paciente durante su traslado en ambulancia.

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

- Respecto a que, con oficio de fecha del 4 de abril de 2020, mi representada realizó la devolución de la factura No. 137391, la cual hace parte de la reclamación formulada a mi representada, **ES CIERTO**.
- Frente a la afirmación realizada por la parte actora en donde indica que la devolución efectuada por mi representada fue con posterioridad a los tres días exigidos para su aceptación, de conformidad con el artículo 86 de la Ley 1676 de 2021 y que por tal motivo se constituye como aceptada, **NO ES CIERTO**, por las siguientes razones:
  - a) El caso que nos ocupa no se trata de una factura cambiaria, puesto que las facturas expedidas por la IPS, se encuentran reguladas por las normas del SOAT y del contrato de seguro (Código de Comercio), las cuales excluyen la posibilidad de que la factura que estas entidades expidan por la prestación del servicio de salud pueda ser considerada como una factura cambiaria.
  - b) En las reclamaciones para afectación al SOAT, no estamos ante un simple negocio cambiario, sino que estamos ante un trámite de afectación de un contrato de seguro que es regulado por normas especiales, como lo son el Decreto 663 de 1993, Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, y Decreto 780 del 2016 en el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT.
  - c) 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 siniestro como cuantía tal y como lo ordena el artículo 1077 de la misma norma citada.

Así las cosas, la devolución u objeción formulada por mi representada ante la reclamación No. 137391 fue formulada dentro del término legal dispuesto para ello, razón por la cual de dicha reclamación no se puede desprender ninguna obligación de pago respecto a mi representada, toda vez que la demandante no cumplió con su carga de acreditar tanto siniestro como cuantía.

**VIGÉSIMO SEXTO. ES CIERTO**, la compañía requirió a la demandante el indicado código y como este lo suministró continuó con el análisis de cada reclamación encontrando razones para objetar las mismas y procedió a entregar al reclamante las respectivas objeciones.

**VIGÉSIMO SÉPTIMO. ES CIERTO.**

**VIGÉSIMO OCTAVO. ES CIERTO** que el artículo 2.5.3.2.17 del Decreto 780 de 2016 establece lo transcrito por la parte actora, sin embargo, es importante precisar al Despacho que dicho artículo no es aplicable a mi representada por las siguientes razones.

1. El artículo 2.5.3.2.17 del Decreto 780 de 2016, resulta ser una transcripción del artículo 18 del Decreto 4747 de 2007.
2. El Decreto 4747 de 2007 en su artículo 2, determino cual es el campo de acción de dicho Decreto y allí estableció:

*"Artículo 2. Campo de aplicación. El presente decreto aplica a los prestadores de servicios de salud ya toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos."*

Como se puede observar, dicho artículo aplica únicamente para los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable de pago.

3. El Decreto 4747 de 2007 en su artículo 3 literal B indica de manera taxativa cuales son las entidades responsables de pago, así:

*"Artículo 3. Definiciones. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:*

*(...)*

*b. Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales."*

**En ese orden de ideas, la normatividad citada por la parte actora, no es aplicable a mi representada toda vez que la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. es una aseguradora y NO OSTENTA LA CALIDAD DE ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO,** las reclamaciones que la demandante presenta a mi representada cuando ha brindado atención a una víctima de accidente de tránsito tiene una regulación específica en el Decreto 056 de 2015, 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; la demandante confunde los trámites que ella debe surtir cuando ella atiende a un afiliado de la EPS por el plan obligatorio de salud con la atención de víctimas de accidentes de tránsito con cargo al SOAT, se trata de dos tipos de atenciones diferentes con regulaciones autónomas.

**VIGÉSIMO NOVENO. ES CIERTO** que en el artículo 2.5.3.4.10 del Decreto 780 de 2016 quedó consignado lo transcrito por la parte actora, sin embargo, se advierte que dicha norma resulta ser una transcripción exacta del artículo 21 del Decreto 4747 de 2007, el cual establece lo siguiente:

*"Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social."*

Así las cosas, como allí se regula la relación entre los prestadores de salud y las entidades responsables de pago, y como evidentemente mi representada no es una entidad responsable de pago sino una aseguradora, dicha norma tampoco puede ser aplicada.

**TRIGÉSIMO. ES CIERTO** que en el artículo 2.5.3.4.13 del Decreto 780 de 2016 quedó consignado lo transcrito por la parte actora, sin embargo, se advierte que dicha norma resulta ser una transcripción exacta del artículo 24 del Decreto 4747 de 2007, el cual establece lo siguiente:

*"Artículo 24. Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002.*

*En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador."*

De conformidad con lo anterior, y dado que lo regulado en la norma citada hace referencia al reconocimiento de intereses moratorios por parte de las entidades responsables de pago, y al ser mi representada una compañía aseguradora y no una entidad responsable de pago consignada en el artículo 3 literal B del Decreto 4747 de 2007, dicha normatividad no puede ser aplicada al caso que nos ocupa.

**TRIGÉSIMO PRIMERO. ES CIERTO.**

**TRIGÉSIMO SEGUNDO. NO ES UN HECHO,** Es una transcripción exacta del artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 del año 2016, por tal motivo, no realizaré pronunciamiento alguno.

**TRIGÉSIMO TERCERO. NO ES UN HECHO,** Es una transcripción exacta del artículo 2.6.1.4.3.4 del Decreto 780 del año 2016, por tal motivo, no realizaré pronunciamiento alguno.

**TRIGÉSIMO CUARTO. NO ES CIERTO**, si bien la parte actora no es clara al redactar este numeral y no especifica a que cancelación hace referencia allí, se precisa al Despacho que el artículo 1073 del Código de Comercio, no establece ningún tipo de lapso para algún tipo de cancelación, allí se reguló fue la responsabilidad del asegurador según el inicio del siniestro, tal y como se puede observar a continuación:

**"ARTÍCULO 1073. <RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR SEGÚN EL INICIO DEL SINIESTRO>**. Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

*Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro."*

**TRIGÉSIMO QUINTO. NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA** que la aquí demandante hubiese citado a mi representada a una audiencia de conciliación, por cuanto no obra prueba alguna dentro del expediente de que efectivamente se hubiese citado a la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. a una audiencia de conciliación ante el CENTRO DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI.

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

- Respecto a que mi representada no ha realizado el pago de los servicios pretendidos por la demandante, **ES CIERTO**, sin embargo, la negativa de pago por parte de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., se debe a que el CENTRO MÉDICO IP SALUD S.A.S no ha cumplido con la carga impuesta por el artículo 1077 del Código de Comercio, esto es, acreditar tanto siniestro como cuantía, puesto que frente a la totalidad de las reclamaciones que son objeto del presente proceso, mi representada dentro del término legal formuló una objeción, la cual se encuentra en firme, situación que lleva a que no surja obligación de pago por parte del asegurador.
- Respecto a que por el no pago por parte de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A., la demandante sufre una afectación en el patrimonio, **NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA**, toda vez que no hay prueba de ello, adicionalmente, se advierte que en caso de que la demandante hubiese sufrido una afectación patrimonial, dicha situación no sería

imputable a algún actuar por parte del asegurador; si bien este último dentro del término oportuno ha formulado objeciones frente a cada una de las reclamaciones, se advierte que adicionalmente, frente a 10 de las 11 reclamaciones cuyo pago se pretende mediante el presente proceso, operó el fenómeno de la prescripción ordinaria, toda vez que transcurrió más de dos años entre la prestación del servicio y la presentación de la demanda.

## **2. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES**

Me opongo a que se acojan las pretensiones de la demanda por las siguientes razones que de manera más amplia desarrollaré en el acápite de excepciones:

- 1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO:** Si bien de manera genérica, se alega que frente a la totalidad de las reclamaciones operó el fenómeno de la prescripción ordinaria; en el remoto evento en que el despacho no acoja los planteamientos que se expondrán en el acápite de excepciones, se argumenta que frente a 10 de las 11 reclamaciones que son objeto del presente proceso, operó el fenómeno de la prescripción ordinaria, cuyo monto asciende a la suma de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE (\$2.654.400)**
- 2. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN RESPECTO A LAS RECLAMACIONES EN QUE SE FORMULÓ OBJECCIÓN TOTAL:** Frente a la totalidad de las reclamaciones objeto de la presente demanda, la compañía formuló en forma oportuna la objeción exponiéndole a la demandante las razones por las cuales no procedía el pago de cada indemnización.
- 3. TEMERIDAD Y MALA FE:** Deberá el juez darle aplicación al artículo 79 del Código General del Proceso, toda vez que en el presente proceso la parte actora está alegando hechos contrarios a la realidad, porque está indicando que las objeciones se formularon por fuera del término estipulado para ello, afirmación que a todas luces es contraria a la realidad ya que la legislación SOAT le otorga al asegurador un término de 30 días para pagar u objetar las reclamaciones que recibe para afectar el SOAT.

- 4. 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 tanto siniestro y cuantía tal como lo establece el artículo 1077 del Código de Comercio, por lo tanto no se causan los intereses regulados por el artículo 1080 del Código de Comercio, adicionalmente no es posible que se causen intereses moratorios toda vez que frente a la totalidad de las reclamaciones que son objeto del presente proceso operó el fenómeno de la prescripción, extinguiendo así las obligaciones.
- 5.** Respecto a la pretensión encaminada al pago de las costas del proceso, me opongo a esta por cuanto: i. las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas. ii Las objeciones están debidamente fundadas; por lo tanto, será la parte demandante quien pague a mi representada las costas y agencias en derecho.

### **3. OPOSICIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

De conformidad con el Artículo 206 del Código General del Proceso, manifiesto que me opongo al juramento estimatorio que la parte demandante realiza respecto a los perjuicios

1. La obligación de mi representada frente al pago de intereses moratorios, únicamente surge cuando ha transcurrido un mes desde la fecha en la que el asegurado o beneficiario haya acreditado tanto siniestro como cuantía, tal como lo ordena el artículo 1077, sin embargo, como para el presente caso la demandante no ha acreditado tales requisitos, en atención a que respecto a cada una de las reclamaciones objeto del presente proceso judicial, mi representada dentro del término legal, objetó las mismas indicando claramente los fundamentos por los cuales se basaba la objeción, no hay lugar al reconocimiento de intereses moratorios.
2. Las objeciones formuladas se encuentran en firme, toda vez que la demandante nunca dio respuesta de fondo a mi representada indicando los motivos por los cuales dicha objeción debía levantarse, ni tampoco aportó los documentos y soportes requeridos por la aseguradora para continuar con el trámite correspondiente de la reclamación.

3. Al existir un porcentaje considerable de reclamaciones frente a las cuales se configuró el fenómeno de la prescripción, no hay lugar al reconocimiento de intereses moratorios, dado que la obligación se encuentra extinta, por lo tanto, en el total estimado de los intereses moratorios, se incluyen reclamaciones que se extinguieron por la prescripción y por lo tanto, la cuantía de los intereses es notablemente inferior.
4. La demandante como no ha acreditado tanto el siniestro y la cuantía, no puede pretender el pago de unos intereses moratorios respecto a unas obligaciones que no existen.

Dando alcance a las consideraciones expuestas y en atención a que frente a mi representada no ha surgido la obligación legal de cancelar el valor pretendido en la presente demanda, más aún cuando se encuentran acreditadas las diversas objeciones presentadas oportunamente por mi representada, me permito oponerme al juramento estimatorio, por lo tanto, en caso de que la cantidad estimada excediere el cincuenta (50%) a la que resulte probada, o en el evento en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios, solicito señor Juez se imponga a la parte actora la sanción contemplada en el artículo 206 del Código General del Proceso.

#### **4. EXCEPCIONES**

Antes de comenzar a desarrollar las excepciones que se formularán dentro del proceso que nos ocupa, procederé a exponer unas consideraciones previas sobre el trámite de reclamaciones por servicios médicos prestados a cargo del 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 el cual se indica 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 se 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 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 de la IPS 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 que tiene el asegurador de objetar el derecho reclamado con hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad.

Cuando las entidades prestadoras radican reclamaciones a la compañía, se realizada 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 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.*

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 formuló una objeción total, así como se expondrá a continuación:

#### **4.1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO**

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

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

**"ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.**

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

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

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

2. A su vez, de manera específica, el Decreto 056 de 2015 (Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito) en los artículos 11 y 41<sup>1</sup> definen las reglas relativas a la prescripción respecto de los prestadores de servicios de salud en relación a las reclamaciones por servicios de salud, las cuales, igualmente, remiten expresamente al artículo 1081 del Código de Comercio, en los siguientes términos: **"Los prestadores de servicios de salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término: "b) ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.**
3. El numeral 1 del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, dispone que, para el pago de reclamaciones, **"las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Comercio".**

---

<sup>1</sup> Artículos que se encuentran compilados en el Capítulo 4 del Decreto 780 de 2016 denominado "Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT"

4. A la luz de los preceptos normativos en cita, el término de prescripción aplicable para las acciones derivadas del SOAT, sin ninguna discusión, lo determina el artículo 1081 del Código de Comercio. Así mismo, la ley de manera específica establece el momento a partir del cual debe contabilizarse el término prescriptivo.
5. La prescripción ordinaria comienza a correr cuando el titular de la acción tiene conocimiento, o ha debido tenerlo, del hecho del cual se origina la reclamación, es decir de ocurrido el siniestro. Por su parte, la prescripción extraordinaria, comienza a correr desde el momento en el que nace el respectivo derecho. Al respecto, la Superintendencia Financiera, en concepto 2016046856-001 del 14 de junio del 2016 expresó:

**"Para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria y, el momento del nacimiento del derecho, independiente de cualquier circunstancia y aún cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no"**

6. Cuando las IPS prestan servicios de transporte amparados por las pólizas SOAT, se tiene que el hecho que da base a la acción se da en el momento propio en que se realiza el transporte de la víctima desde el sitio del accidente hasta el centro hospitalario, es decir que, a partir de allí, como la IPS ya sabe de la ocurrencia del siniestro, comienza a correr el término de prescripción ordinaria para hacer la reclamación. Tal como lo consagra el numeral 4 del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, en los siguientes términos:

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

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

Al respecto, la Superintendencia Financiera, en concepto 2008269-001 de 16 de julio del 2008, precisó que con la atención de la víctima por parte del hospital se tiene conocimiento del siniestro que da lugar a la acción, por lo que el término, deberá contarse desde dicha circunstancia: "**... *teniendo en cuenta que con la atención de la víctima por parte del Hospital se tiene pleno conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación, el término para que opere la prescripción ordinaria, que es la única que se puede invocar en estos casos, empezaría a contar desde el momento en que el Hospital conoció o ha debido conocer el siniestro, esto es, desde que fue atendida la víctima independientemente de la fecha de la factura comercial, de tal suerte que si la atención de la víctima del accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción***".

7. En relación con la interrupción de la prescripción, en razón de que, en el Código de Comercio, no se regula este fenómeno, a la luz de lo consagrado en el artículo 822 ibidem deberá remitirse a las normas generales del derecho civil, con el fin de establecer los parámetros bajo los cuales deberá determinarse la interrupción.
8. En este sentido, el artículo 2539 del Código civil dispone que la prescripción puede interrumpirse natural o civilmente. "**Se interrumpe civilmente por la demanda judicial**". Bajo este lineamiento, el inciso primero del artículo 94 de la ley 1463 de 2012 (Código General del Proceso), la prescripción se interrumpe civilmente en la fecha de presentación de la demanda únicamente cuando su notificación se surte dentro del término previsto legalmente.
9. A su vez, tal como lo dispuso la Superintendencia Financiera en concepto 2014053842-001 del 28 de julio del 2014, además de la modalidad general de interrupción de la prescripción introducida por el Código General del Proceso, "***también resulta aplicable a las acciones derivadas del contrato de seguro en aquellos casos en los cuales se consoliden las condiciones de acreedor y deudor de las partes en el negocio asegurador (aseguradora-tomador/asegurado/beneficiario)***"

10. Por lo anterior, el término de prescripción de las acciones derivadas del SOAT, se interrumpe, bien sea civilmente en la fecha de presentación de la demanda cuando su notificación se surte dentro del término de un año contado a partir del día siguiente a la notificación.
11. Adicional a los argumentos atrás expuestos, es importante que el Despacho tenga presente lo siguiente:
  - a. De acuerdo a la información aportada por la parte actora al momento de instaurar la demanda, los servicios transporte prestados a las víctimas de accidentes de tránsito fueron efectuados entre los años 2018 y 2019, y desde la fecha en que se trasladó al paciente desde el lugar del accidente hasta el centro hospitalario, comenzaba a correr el término de prescripción de 2 años.
  - b. En vista de la situación presentada en el país por el Covid-19 y el Estado de Emergencia Social y Económica declarada por el Gobierno Nacional, se expidieron varias regulaciones normativas, decretando la suspensión de términos de prescripción y caducidad, de la siguiente manera:
    - i. El Decreto Legislativo No. 564 de 2020 en su artículo 1 suspendió el término de prescripción y caducidad a partir del 16 de marzo de 2020, y hasta el día que el Consejo Superior de la Judicatura disponga la reanudación de los términos judiciales.
    - ii. El Acuerdo PCSJA20-11517 del 15 de marzo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, establece en su artículo 1, la suspensión de los términos judiciales desde el 16 de marzo hasta el 20 de marzo de 2020.
    - iii. El Acuerdo PCSJA20-11521 del 19 de marzo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 21 de marzo de 2020 hasta el 3 de abril de 2020.
    - iv. El Acuerdo PCSJA20-11526 del 22 de marzo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 4 de abril de 2020 hasta el 12 de abril de 2020.
    - v. El Acuerdo PCSJA20-11532 del 11 de abril de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 13 de abril de 2020 hasta 26 de abril de 2020.
    - vi. El Acuerdo PCSJA20-11546 del 25 de abril de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena

- en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 27 de abril de 2020 hasta 10 de mayo de 2020.
- vii. El Acuerdo PCSJA20-11549 del 07 de mayo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 11 de mayo de 2020 hasta el 24 de mayo de 2020.
  - viii. El Acuerdo PCSJA20-11556 del 22 de mayo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 25 de mayo de 2020 hasta el 8 de junio de 2020.
  - ix. El Acuerdo PCSJA20-11556 del 22 de mayo de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 25 de mayo de 2020 hasta el 8 de junio de 2020.
  - x. El Acuerdo PCSJA20-11567 del 5 de junio de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 2, prorrogar la suspensión de los términos judiciales desde el 9 de junio de 2020 hasta el 30 de junio de 2020.
  - xi. El Acuerdo PCSJA20-11581 del 27 de junio de 2020 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, ordena en su artículo 1, el levantamiento de los términos judiciales y administrativos a partir del 1 de julio de 2020
- c. Aunque el termino de prescripción fue suspendido por durante el periodo mencionado en los numerales que antecede, el día 1 de julio de 2020, se reanudó el computo de la prescripción, sin embargo, la parte actora mantuvo una conducta pasiva, al no instaurar la demanda dentro del término oportuno, sino que esperó hasta el día 27 de septiembre de 2021 para presentar la solicitud de conciliación prejudicial ante el centro de conciliación y arbitraje de la UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI, situación que suspendió nuevamente el término frente algunas reclamaciones, hasta el día 29 de octubre de 2021, fecha en la cual se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial la cual resultó fallida.
  - d. El termino de prescripción se reanudó al día siguiente de celebrada la audiencia de conciliación, sin embargo, la parte actora solo radicó la demanda hasta el día 2 de noviembre de 2021, generando que el fenómeno de la prescripción se configurara en 10 de las 11 reclamaciones que son objeto de discusión dentro del presente proceso.
  - e. A modo de ejemplo, se toma la reclamación No. 107725 en donde la fecha de traslado del paciente fue el 26 de diciembre de 2018, tal y como se puede observar a continuación:

**IPSA L U D** **CENTRO MEDICO IPSALUD S.A.S. [760010246101]**  
 NIT 805.019.703-3  
 CARRERA 28 F No 72 U 62 - TELS: 436 53 09 - FAX: 426 24 07 - MAIL: ipsaludcentromedico@hotmail.es  
 Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

R-FAST 8.36

Fecha: Miércoles, 26-Dic-2018 03:56 pm Cliente: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT. 860037013-6 NIT: 860037013-6 Dirección: CALLE 33 # 6B-24 PISO 2 Y 3 Teléfono(s): 2855600 Fax: 2851220 Correo electrónico: .	<b>FACTURA DE VENTA</b> <b>PO 107725</b>												
Pág 1 de 1													
Por concepto de prestación de servicios de salud a: Historia: 1107080238 Id: TI 1107080238 Usuario: MORENO ZAPATA EDWAR CAMILO Masculino 13 Años Reside: CARRERA 17 74 67 Tels: 3163310666 Barrio: Siete De Agosto (URBANO), Santiago de Cali Regimen: SOAT Empresa: 1317 COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. Nivel: NIVEL 1 Afiliación: 19485118 Contrato: 15-17 Aseg: [860037013-6] COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS Nivel: NIVEL 1 Póliza: 19485118 Fecha de ingreso: 26 de Diciembre de 2018 - Fecha de egreso: 26 de Diciembre de 2018													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CODIGO</th> <th>COD-2</th> <th>DESCRIPCION</th> <th>CANT</th> <th>UNITARIO</th> <th>VR TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S31301</td> <td></td> <td>TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES PRIMARIO</td> <td>1</td> <td>260,400</td> <td>260,400</td> </tr> </tbody> </table>	CODIGO	COD-2	DESCRIPCION	CANT	UNITARIO	VR TOTAL	S31301		TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES PRIMARIO	1	260,400	260,400	
CODIGO	COD-2	DESCRIPCION	CANT	UNITARIO	VR TOTAL								
S31301		TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES PRIMARIO	1	260,400	260,400								
TOTAL GENERAL EN 1 ITEMS FACTURADOS 260,400 A PAGAR POR LA ASEGURADORA: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS 260,400													

Por lo anterior, al momento de solicitar la audiencia de conciliación prejudicial, el término de dos años ya se había configurado, pese a que hubo una suspensión de términos a raíz de emergencia presentado en el país a raíz del COVID-19.

Las reclamaciones respecto de las cuales operó el fenómeno de la prescripción, ascienden a la suma total de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE (\$2.654.400)**.

En el siguiente cuadro se podrá observar en cada reclamación cuando se realizó el transporte de la víctima desde el lugar de transporte hasta el centro hospitalario, y a partir de esta, corre el termino prescriptivo de dos años señalado en la Ley y como entre cada una de esas fechas de cada reclamación y la fecha en la que se presentó la demanda transcurrieron más de dos años sin que la IPS instaurara la demanda pretendiendo el pago de estas reclamaciones, ya se configuró el fenómeno de la prescripción.

<u>NUMERO RECLAMACION</u>	<u>FECHA DE TRANSPORTE DE VICTIMA</u>	<u>FECHA DE LA CONCILIACION</u>	<u>SALDO REGISTRADO POR LA IPS</u>
PO107725	26/12/2018	29/10/2021	\$260.400,00
PO107862	28/12/2018	29/10/2021	\$260.400,00
PO98835	5/07/2018	29/10/2021	\$260.400,00
PO98850	6/07/2018	29/10/2021	\$260.400,00
PO115026	11/04/2019	29/10/2021	\$270.000,00
PO115025	11/04/2019	29/10/2021	\$270.000,00
PO111600	16/02/2019	29/10/2021	\$276.000,00
PO106505	26/11/2018	29/10/2021	\$260.400,00
PO111681	19/02/2019	29/10/2021	\$276.000,00
PO99850	26/07/2019	29/10/2021	\$260.400,00

TOTAL	\$2.654.400
-------	-------------

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

Es importante que se tenga en cuenta el despacho que las reclamaciones respecto de las cuales se propone la prescripción indicada en el cuadro anterior, fueron reclamaciones que en su debida oportunidad la aseguradora objetó totalmente y al momento de radicarse la demanda, además de mantenerse la objeción formulada, se configura la prescripción, toda vez que la IPS dejó transcurrir el término de 2 años contados desde la fecha en la que se le realizó el transporte de la víctima del lugar del accidente al centro hospitalario, para instaurar la acción correspondiente.

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

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

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

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

3. Es claro entonces que en materia de prescripción al existir una norma especial en el Código de Comercio que regula este fenómeno en el Contrato de Seguro, la IPS debe aplicar el artículo

1081 del Código de Comercio y no puede aplicar el artículo 2356 del Código Civil, toda vez que la legislación civil solo es aplicable cuando no exista norma aplicable en el Código de Comercio.

4. El artículo 2545 del Código Civil indica:

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

5. No hay duda alguna que en la demanda se está pretendiendo el pago de unas reclamaciones derivadas por el servicio de transporte brindado por la IPS a las víctimas de accidentes de tránsito y tampoco existe duda de que la razón de por la que se pretende el pago al asegurador es la existencia de un contrato de seguro denominado SOAT y como en los contratos como el de seguro existe una prescripción de corto tiempo, el despacho debe aplicar la norma especial a que se refiere este artículo 2545, que no es otra que el artículo 1081 del Código de Comercio y al aplicarla necesariamente debe arribarse a la conclusión de que todas las facturas respecto de las cuales se propone la excepción de prescripción no puede surgir obligación de pago.
6. En el eventual caso en el que el Despacho desconociera la prescripción alegada, estaría procediendo en contra de la Ley, situación que sería constitutiva de una falta disciplinaria y probablemente de un delito penal, (prevaricato) artículo 413 del Código Penal.

#### **4.2. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN RESPECTO A LAS RECLAMACIONES FRENTE A LA QUE SE FORMULÓ OBJECIÓN TOTAL**

El trámite de cobro de las reclamaciones que generan las IPS, por la atención de servicios médicos y clínicos con cargo a las pólizas SOAT, se encuentra regulado por el Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015, Decreto 180 de 2016, Decreto 780 del 2016 y Decreto 2423 de 1996 en el cual se indica los amparos y límites de cobertura de las pólizas SOAT. Las tarifas de los servicios que prestan las IPS, los insumos como el material de osteosíntesis, la utilización de prótesis, entre muchos otros, están completamente regulados porque se busca que no se cobren sumas en exceso, que no se presten servicios que no son pertinentes para el tipo de lesión o tratamiento y que no se utilicen materiales innecesarios, o que se formulen reclamaciones con cargo al SOAT cuando no ocurrió un accidente de tránsito, el vehículo asegurado no estuvo involucrado, hubo concurrencia de vehículos; todas

estas medidas buscan proteger los dineros que se recaudan por concepto de primas del SOAT.

Es así como luego de prestado el servicio, la IPS presenta la reclamación ante la aseguradora, por medio de las cuales, acreditan, su derecho ante esta, la ocurrencia del siniestro y la cuantía. Una vez radicada la reclamación ante la compañía aseguradora, esta dentro del mes siguiente a la fecha de presentación de la misma, debe efectuar el pago de la indemnización; objetar la reclamación total o parcialmente. Ante los casos en los cuales es objetada la reclamación por parte de la compañía aseguradora y la 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) el clínica acepta la objeción; o (4) La compañía desiste de la objeción y efectúa el pago.

De acuerdo a lo anterior, las compañías aseguradoras, como administradores de estos recursos, debe hacer un control de lo que se factura verificando que se cobren servicios efectivamente prestados, y para los cuales la IPS se encontraba habilitada para prestarlos.

Cómo ya se indicó, cuando existe una observación a la reclamación presentada, el asegurador genera la respectiva objeción a la reclamación indicando al prestador del servicio el motivo de objeción, y es la IPS la obligada a indicarle a la compañía los fundamentos de hecho y de derecho respecto a la improcedencia de la objeción, y de ser debidamente fundamentado, la compañía procederá a la cancelación de la objeción y a efectuar el pago. En el caso concreto de las reclamaciones cuyo cobro se pretende, debe indicarse de manera categórica que respecto de todas las reclamaciones cuyo pago se pretende mediante la presente demanda fueron objetadas totalmente por mi representada, en donde esta indicó 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, puesto a que la aquí demandante nunca dio respuesta o aportó los documentos requeridos para levantar la objeción y así proceder con el pago pretendido.

Las reclamaciones relacionadas en el escrito de la demanda, fueron objetadas en los siguientes términos:

- 1. Objeción total por 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 se aclarara la fecha de los hechos y hasta tanto la demandante no aclare la fecha de los hechos, 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 complementación de la información con el fin de levantar la objeción y en su lugar reconocer la indemnización, a la fecha esta no ha sido aportada, por lo tanto, es claro que por 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.**

Por lo anterior, llama bastante la atención el actuar de la IPS al incluir en la presente demanda, reclamaciones que fueron objetadas/devueltas 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 **QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS (\$552.000)** tal como se relaciona a continuación:

<u>NUMERO RECLAMACION</u>	<u>SALDO REGISTRADO POR LA IPS</u>
PO111600	\$276.000,00
PO111681	\$276.000,00

A modo de ejemplo se puede observar como la reclamación No. PO111600 fue devuelta oportunamente por mi representada mediante el comunicado No. DEV-202102001218, mediante el cual el asegurador solicitó a la demandante que aclarara la fecha del accidente, tal y como se puede observar a continuación:

Bogotá D.C. 11 de febrero de 2021  
DEV-202102001218

Señores  
CENTRO MEDICO IP SALUD SAS  
CARRERA 28F No 72 U 62  
CALI - VALLE

AFECTADO  
PÓLIZA  
FACTURA  
TIPO

CARLOS ANDRES NAÑES SEPULVEDA  
19481293  
PO111600  
DEVOLUCION

Respetados Señores,

Hemos recibido la reclamación por los servicios de salud y/o gastos de transporte prestados al afectado del asunto con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el 16 de febrero de 2018; al respecto nos permitimos manifestarles que su solicitud de indemnización no será atendida de manera favorable, toda vez que al analizar los documentos que se aportaron para sustentarla observamos inconsistencia en la fecha del accidente registrada en el FURTRAN.

Según lo descrito en el formulario de reclamación el accidente ocurrió el 16 de febrero de 2018, información que no es consistente respecto de lo indicado en reclamos anteriores y en la bitacora.

Por lo anterior, les solicitamos aclarar de la fecha de la real ocurrencia del accidente, con el fin de continuar con este trámite indemnizatorio.

En consecuencia procedemos a devolver los documentos presentados con su reclamación.

Atentamente,

Pese a que la demandante tiene pleno conocimiento de la devolución efectuada por mi representada, nunca dio respuesta de esta, razón por la cual la devolución se encuentra y firma y por tal motivo, de dicha reclamación no se desprende obligación alguna por parte de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

- 2. Objeción total por traslado múltiple afectados:** las reclamaciones a las cuales se hará referencia más adelante y que ascienden a la suma de **UN MILLÓN SETENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE (\$1.073.800)** fueron objetadas debido a que se trataba de un traslado de múltiples víctimas en la misma ambulancia, y de conformidad con la Resolución 2003 de 2014 y las guías básicas de atención médica prehospitalaria del Ministerio de Salud y Protección Social, no se puede atender simultáneamente a más de un paciente durante su traslado en ambulancia.

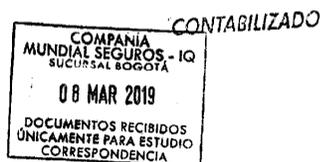
<u>NUMERO RECLAMACION</u>	<u>CAUSAL OBJECCION</u>	<u>VALOR OBJECCION TOTAL O DEVOLUCION</u>
PO107725	TRASLADO MÚLTIPLE AFECTADOS(PRIMARIO)	\$260.400,00
PO107862	TRASLADO MÚLTIPLE AFECTADOS(PRIMARIO)	\$260.400,00
PO137391	TRASLADO MÚLTIPLE AFECTADOS(PRIMARIO)	\$292.600,00
PO106505	TRASLADO MÚLTIPLE AFECTADOS(PRIMARIO)	\$260.400,00
		<b>\$1.073.800,00</b>

Respecto a la reclamación No. PO106505, mi representada formuló la objeción No. OBJ-202102000592, toda vez que el traslado de KAREN GIOVANNA BUITRAGO BERMUDEZ se realizó también con la víctima GUSTAVO BUITRAGO, el cual ya había sido cobrado por la IPS, como se puede observar en el radicado No. IQ03454345253991974-PO106504 que será aportado con la presente contestación, así:

**IPSALUD CENTRO MEDICO IPSALUD S.A.S. [760010246101]**  
 NIT.805.019.703-3  
 CARRERA 28 F No 72 U 62 - TELS: 436 53 09 - FAX: 426 24 07 - MAIL: ipsaludcentromedico@hotmail.es  
 Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

R-FAST 8.5s

Fecha: Martes, 27-Nov-2018 04:34 pm Cliente: COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. NIT. 860037013-6 NIT: 860037013-6 Dirección: CALLE 33 # 6B-24 PISO 2 Y 3 Teléfono(s): 2855600 Fax: 2851220 Correo electrónico:	<b>FACTURA DE VENTA PO 106504</b>																								
Pág 1 de 1																									
Por concepto de prestación de servicios de salud a:																									
Historia: 15950412 Reside: DIAGONAL 70 23 31 Tels: 3232910089 Barrio: Villa Del Lago (URBANO), Santiago de Cali Regimen: SOAT Contrato: 13-17 Fecha de ingreso: 26 de Noviembre de 2018 - Fecha de egreso: 26 de Noviembre de 2018	Usuario: BUITRAGO TORO GUSTAVO Masculino 54 Años Empresa: 1317 COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. Nivel: NIVEL 1 Aseg: [860037013-6] COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS Nivel: NIVEL 1 Póliza: 19383828																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CODIGO</th> <th>COD-2</th> <th>DESCRIPCION</th> <th>CANT</th> <th>UNITARIO</th> <th>VR TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>531301</td> <td></td> <td>TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES PRIMARIO</td> <td>1</td> <td>260,400</td> <td>260,400</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">TOTAL GENERAL EN 1 ITEMS FACTURADOS</td> <td>260,400</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">A PAGAR POR LA ASEGURADORA: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS</td> <td>260,400</td> </tr> </tbody> </table>		CODIGO	COD-2	DESCRIPCION	CANT	UNITARIO	VR TOTAL	531301		TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES PRIMARIO	1	260,400	260,400	TOTAL GENERAL EN 1 ITEMS FACTURADOS					260,400	A PAGAR POR LA ASEGURADORA: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS					260,400
CODIGO	COD-2	DESCRIPCION	CANT	UNITARIO	VR TOTAL																				
531301		TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES PRIMARIO	1	260,400	260,400																				
TOTAL GENERAL EN 1 ITEMS FACTURADOS					260,400																				
A PAGAR POR LA ASEGURADORA: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS					260,400																				
 <b>9 0 NOV 2018</b>																									
[1200] ATENCIÓN MÉDICA PERMANENTE	daniela.rodriguez	BUITRAGO TORO GUSTAVO																							



Así las cosas, como la norma es clara en indicar que no se puede atender simultáneamente a más de un paciente durante su traslado en ambulancia, no hay lugar a que se ordene a mi representada a realizar el pago de las reclamaciones referenciadas.

- 3. Objeción total por servicio no prestado:** las reclamaciones a las cuales se hará referencia más adelante y que ascienden a la suma de **OCHOCIENTOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE (\$800.400)** fueron objetadas al encontrar que el servicio facturado en realidad no fue prestado a la víctima, razón por la cual no había lugar al reconocimiento y pago de las reclamaciones que a continuación se referencian:

<u>NUMERO RECLAMACION</u>	<u>CAUSAL OBJECION</u>	<u>VALOR OBJECION TOTAL O DEVOLUCION</u>
PO98835	SERVICIO NO PRESTADO	\$260.400,00
PO115026	SERVICIO NO PRESTADO	\$270.000,00
PO115025	SERVICIO NO PRESTADO	\$270.000,00

Si el servicio pretendido en realidad no fue prestado por la IPS, puesto que se logra evidenciar que la víctima ingresó al centro asistencial por sus propios medios, la ley faculta al asegurador para formular la correspondiente objeción, y como a la fecha la demandante no ha acreditado que efectivamente prestó el servicio, no puede surgir obligación alguna por parte de mi representada.

**4. Objeción total por póliza prestada:** Frente a la reclamación No. PO98850, cuyo valor pretendido asciende a la suma de **DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS M/CTE (\$260.400)**, mi representada formuló la objeción No. OBJ-202102000576, al encontrar que las lesiones de la víctima fueron ocasionadas por un automotor distinto al amparado por la póliza, tal como se puede apreciar a continuación:

Bogotá D.C. 11 de febrero de 2021  
OBJ-202102000576

Señores  
CENTRO MEDICO IP SALUD SAS  
CARRERA 28F No 72 U 62  
CALI - VALLE

AFECTADO  
PÓLIZA  
FACTURA  
TIPO

MIGUEL ANGEL KLINGER ANGULO  
17809128  
PO98850  
OBJECION

Respetados Señores

En atención a la reclamación con la que pretenden afectar la póliza indicada en el asunto, nos permitimos informarles que esta Aseguradora decidió OBJETAR su solicitud y en consecuencia, negar el pago de la indemnización requerida.

En virtud de lo señalado en las normas que regulan las coberturas del SOAT, la persona que pretenda la calidad de víctima o beneficiario de sus amparos, deberá acreditar tal calidad, así como la ocurrencia del hecho y la cuantía de su reclamación; así mismo, la ley 1438 de 2011 en su Artículo 143, habilita a las aseguradoras que operan el ramo de SOAT a realizar auditorías posteriores, al respecto, resaltamos que con relación a la información obtenida, está esta compañía de seguros debe dar aplicabilidad a lo estipulado en la Ley 1581 de 2012 que estableció de manera general los principios y disposiciones en cuanto a la administración de datos personales registrados en cualquier base de datos.

Con base en lo anterior, Seguros Mundial procedió a efectuar la correspondiente verificación del siniestro, encontrando que las lesiones presentadas por la víctima le fueron causadas por un automotor distinto al amparado por la póliza del asunto.

En este contexto y por las razones anteriormente expuestas esta Compañía OBJETA su solicitud, toda vez que a la luz de lo establecido en las normas que regulan las coberturas del SOAT, no se encuentra debidamente demostrada la ocurrencia del siniestro.

Adjunto a este escrito procedemos a devolverles los originales de los documentos que presentaron con la reclamación.

Atentamente,

Lo anterior es confirmado en la investigación que será aportada con el presente escrito y en donde quedó consignado lo siguiente:

## 2. ENTREVISTA LESIONADO Y OTROS:

### 2.1. Circunstancias de Modo, Tiempo y Lugar.

Quien diligencia el Formato de Declaración de Siniestros es el señor **MIGUEL ANGEL KLINGER ANGULO**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1.130.634.429**, quien figura dentro del proceso investigativo como lesionado, en entrevista realizada el día 1 de marzo, manifestando lo siguiente:

*"Yo, Miguel Ángel Klinger Angulo identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.130.634.429 manifiesto que para el día 6-7-2018 me dirigía en calidad de peatón por la carrera 72 con W del barrio Los Lagos frente a la iglesia Ministerial y una motocicleta me arrolló sin percatar que voy pasando la vía, se da a la fuga sin tomarle placa ni color de la moto, al levantarme siento un fuerte dolor en mi espalda y una raspadura en mi brazo izquierdo, me dirijo hasta mi casa caminando y como tengo una motocicleta de placa GQY56E, color negro, marca AKT, utilizo el seguro SOAT, llamo a la ambulancia y al llegar manifiesto que tuve un accidente de tránsito en mi moto para poder ser atendido por medio del SOAT. No llegaron guardas de tránsito en el lugar donde me atropella la moto y que se dio a la fuga y la ambulancia llegó a mi casa a recogerme mas no al lugar donde la motocicleta me atropella."*

*Observación: Se deja constancia que el lesionado ingresa a la **IPS CLÍNICA FABILU** el día 6 de julio de 2018 pero el caso fue conocido por el auditor el día 1 de marzo de 2019 fecha en la cual la IPS entregó el reporte de ingreso.*

Así las cosas, no puede declararse que mi representada tiene algún tipo de obligación respecto a la reclamación atrás mencionada y que fue oportuna y debidamente objetada, máxime si es una reclamación que está basada en hechos que no son ciertos y que **NO CUENTA CON COBERTURA POR PARTE DEL SOAT**, y en el eventual caso de llegarse a declarar que dicha reclamación deben ser cancelada a la IPS por parte de la aseguradora, se estaría defraudando al sistema y abriendo una puerta para que se continúe presentando esta serie de hechos reprochables tanto por parte de las víctimas como de las entidades prestadoras de servicios en salud, quienes no adelantan las acciones correspondientes para verificar las circunstancias en las que se presentó el accidente para poder determinar quién es la entidad encargada del pago.

De acuerdo a la legislación SOAT en casos como los antes relatados no está obligada la **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.** a realizar el pago del servicio de transporte lo que no significa que la IPS no pueda cobrar el costo que tuvo la misma, en los casos en que la víctima se desplazaba en una motocicleta sin SOAT la IPS debe acudir a la ADRES para que asuma el pago de las indemnizaciones y en aquellos casos en que la víctima se desplazaba en un vehículo que estaba asegurado por otra compañía la IPS debe acudir a esta para que realice el pago.

**5. Objeción total por no contar con el código de asignación ambulancia.** Frente a la reclamación No. PO99850, cuyo valor pretendido asciende a la suma de **DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS M/CTE (\$260.400)**, mi representada formuló la devolución No. DEV-201811025719, toda vez que revisados los documentos acompañados por la IPS con la reclamación, determinó que la entidad no cuenta con el código que la habilita para prestar el

servicio, razón por la cual solicitó que presentara nuevamente la reclamación, aportando el número de asignación, para validar su habilitación, sin embargo, como a la fecha la aquí demandante no ha aportado la información requerida por el asegurador, la devolución se encuentra en firme, por lo que no puede surgir obligación alguna respecto a mi representada.

#### 4.3. INEXISTENCIA DE INTERESES MORATORIOS

En el hipotético y remoto en el que el Juzgado encuentre mérito para conceder las pretensiones de la demanda, debe considerarse las reglas del artículo 1080 del Código de Comercio:

*"El asegurador **estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. 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, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.***

*El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro."* (Énfasis propio).

De acuerdo con la norma citada, la compañía aseguradora sólo tendrá el deber de efectuar el pago del siniestro una vez el beneficiario haya acreditado el siniestro, asunto que hasta el momento aún no ha ocurrido, en atención a que en todas las reclamaciones que se incluyen en la demanda, el asegurador en todas las reclamaciones que se incluyen en la demanda, 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 existe obligación a cargo del asegurador y menos aún el deber de pagar intereses moratorios respecto a una obligación que no existe.

A su vez, se advierte al Despacho que el reconocimiento de los intereses moratorios sólo podrá darse una vez tal derecho esté debidamente probado, lo cual sólo podrá ocurrir con una eventual sentencia condenatoria. De manera que únicamente a partir de la ejecutoria de esta podría providencia causarse los intereses moratorios.

Así lo ha entendido la honorable Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia SC1947-2021 del 26 de mayo de 2021, M.P. ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO:

*"En casos como el de sub lite, 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.*

[...]

*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.*

*7. 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.*

[...]

*Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo ”.*

Por lo motivos anteriormente expuestos, el Despacho deberá tener en cuenta que los intereses moratorios que eventualmente se llegaren a causar únicamente solo podrán causarse a partir de la ejecutoria del fallo que ponga fin a esta controversia, por cuanto sólo será en el trámite de este proceso que se definirá si la objeción era infundada y existe el derecho de la demandante de recibir la indemnización.

#### **4.4. TEMERIDAD Y MALA FE**

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

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

***1. Cuando sea manifiesta la carencia de fundamento legal de la demanda, excepción, recurso, oposición o incidente, o a sabiendas se aleguen hechos contrarios a la realidad.***

***2. Cuando se aduzcan calidades inexistentes.***

***3. Cuando se utilice el proceso, incidente o recurso para fines claramente ilegales o con propósitos dolosos o fraudulentos.***

***4. Cuando se obstruya, por acción u omisión, la práctica de pruebas.***

***5. Cuando por cualquier otro medio se entorpezca el desarrollo normal y expedito del proceso.***

***6. Cuando se hagan transcripciones o citas deliberadamente inexactas."***

El numeral primero de la norma citada, es claro en indicar que se presume que hay temeridad y mala fe cuando sea manifiesta la carencia de fundamento legal de la demanda, excepción, recurso, oposición o incidente, o a sabiendas se aleguen hechos contrarios a la realidad. Por lo tanto, en el caso que nos ocupa la mala fe de la demandante se presume, en la medida en que es evidente y claro que en la demanda alegan hechos contrarios a la realidad, porque se alega que mi representada formuló de manera extemporánea las objeciones, omitiendo informar que dentro del término oportuno señalado en el inciso 4 del artículo 38 del Decreto 056 de 2015 (un mes) mi representada objetó todas las reclamaciones que componen la presente demanda, sin embargo, como la aquí demandante nunca dio respuesta a la aseguradora, la objeción se mantuvo, por lo que no puede surgir obligación de pago frente a la totalidad de las reclamaciones referenciadas por la parte actora.

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

<b>5. PRUEBAS</b>
-------------------

## 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 facturas y se indica la fecha en la que fue avisada a la compañía y se indica la fecha de pago y la objeción que se hizo de la misma, que se encuentra en el archivo denominado "**CARTERA CENTRO MÉDICO IP SALUD S.A.S**" y donde se especifica el motivo de la objeción respecto a cada reclamación.
- 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**"
- 1.3. Soportes base de objeción, que sirvieron para formular las objeciones y devoluciones frente a las reclamaciones que nos ocupa, que se encuentra en el link de OneDrive denominado "**SOPORTES BASE DE OBJECIÓN**".
- 1.4. 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**"
- 1.5. Informes de Investigaciones llevadas a cabo respecto a las reclamaciones objetadas, que se encuentran en la carpeta del link de OneDrive denominada "**INFORMES DE INVESTIGACIÓN**"
  - Las anteriores pruebas relacionadas se encuentran en el siguiente link de OneDrive:

<https://drive.google.com/drive/folders/1nyqaSrQkpKbx1Wkc7brurb5x6tNYZVJC?usp=sharing>

## 1. INTERROGATORIO DE PARTE

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

## 2. DECLARACIÓN DE PARTE

De conformidad con el artículo 165 y 198 del Código General del Proceso, aplicable por remisión expresa por el Código de Procedimiento Laboral, que establece como medio de prueba la declaración de parte, cítese al representante legal de COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. para que, en la oportunidad señalada por el despacho, rinda declaración de parte, se pretende con esta prueba demostrar el pago de las facturas descritas y las razones por las cuales fueron objetadas.

### 3. TESTIMONIAL

- 3.1.** Para acreditar la fecha de la formulación de la objeción, los motivos de esta 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](mailto:acardenas@segurosmundial.com.co); teléfono (+571) 2855600.
- 3.2.** Para acreditar los motivos de objeción y el trámite adelantado por cada reclamación, así como el estado de la cartera, cítese a ANDREA PAOLA PIÑEROS MUÑOZ, analista de cartera y conciliaciones de la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS en el área de SOAT. Quien se encuentra ubicada en la calle 33 N° 6B - 24 –Bogotá D.C. [apineros@segurosmundial.com.co](mailto:apineros@segurosmundial.com.co); teléfono (+571) 2855600.
- 3.3.** Para que declare sobre las investigaciones adelantadas frente a las reclamaciones objeto del proceso que sirvieron de base para formular las objeciones, cítese a José M Quijano Rodríguez, gerente de la empresa Global Red Ltda. Quien se encuentra ubicado en la Calle 68B No. 50 – 142, Edificio Avenida Colombia Apto 1 A – Barranquilla. [jquijano@globalredbucaramanga.com](mailto:jquijano@globalredbucaramanga.com); teléfono 3563397, celular 3103229337.
- 3.4.** Para que declare sobre las investigaciones adelantadas frente a las reclamaciones objeto del proceso que sirvieron de base para formular las objeciones, cítese al gerente de la empresa INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN DE FRAUDE Quien se encuentra ubicado en la Carrera 15 No. 88-64, oficina 706, Edificio Zimma, Bogotá. [atencionalcliente@inif.com.co](mailto:atencionalcliente@inif.com.co).

### 4. 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 al CENTRO MÉDICO IP SALUD S.A.S exhibir los siguientes documentos que tiene en su poder:

- 4.1.** Las comunicaciones mediante las cuales la demandante solicitó a la COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A. el levantamiento de las objeciones formuladas, explicando las razones por las cuales debía levantarse la objeción.
- 4.2.** Los comunicados mediante los cuales se aclararon los hechos respecto a las reclamaciones devueltas por solicitud de documentos y/o aclaración de hechos.

- 4.3. Las historias clínicas de los pacientes a los cuales le brindaron el servicio de transporte en ambulancia.
- 4.4. La bitácora de las ambulancias que prestaron los servicios a las víctimas de los accidentes de tránsito de las reclamaciones que nos ocupan en el presente proceso.

Con la exhibición de los anteriores documentos, se busca demostrar que la demandante no cumplió con la entrega de los documentos solicitados por la aseguradora, ni entregó las pruebas que permitieran levantar las objeciones formuladas.

- 4.5. El certificado de habilitación por parte de la seccional de salud correspondiente en el que se autorice a la demandante a prestar el servicio de TRANSPORTE.

Con la exhibición del anterior documento, se pretende demostrar que el demandante está cobrando servicios para los cuales no tiene habilitación.

## 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

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

e-mail: [notificaciones@jcyepesabogados.com](mailto:notificaciones@jcyepesabogados.com)

Cordialmente,



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