

## ***JUZGADO QUINCE CIVIL MUNICIPAL***

Bogotá, D.C., 10 de agosto de 2021

### **Expediente No 2018-0799**

*Sentencia escrita conforme al artículo 373 del C.G.P., con audiencia realizada el 27 de julio de 2021*

Cumplido a cabalidad el trámite establecido para esta clase de procesos Verbal- se ocupa el despacho de la decisión de fondo que corresponda, dentro del proceso Declarativo -Existencia de Obligación- adelantado por SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SOMER S.A. contra SEGUROS DEL ESTADO S.A.

#### **1.- ANTECEDENTES:**

**1.1 PRETENSIONES:** Declarar que la sociedad demandada SEGUROS DEL ESTADO tiene la obligación de cancelar a favor de la sociedad aquí demandante SOMER S.A. la suma total de **\$115.389.157** que corresponde a **\$74.623.157** por concepto de capital representado en los saldos de las facturas y anexos que se aportaron a la demanda por concepto de servicios de salud que la entidad demandante prestó y la suma de **\$40.765.000** por concepto de intereses generados sobre los saldos de cada una de las facturas desde que se hizo exigible hasta la presentación de la demanda. Que en caso de que no se acceda al pago de los intereses se ordena la indexación o actualización de la suma objeto de condena.

2.- Condenar a los demandados al pago de las costas del proceso.

**HECHOS.:** a) Señala la apoderada que su representada prestó servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos y especializados a personas aseguradas por SEGUROS DEL ESTADO durante el año 2016, ello en atención a lo previsto en el artículo 4 y 195 del Decreto 1032 de 1991 y 663 de 1993 respectivamente, lo cual generó facturación cuyos saldos están pendientes de pago así:

NUMERO DE FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACIÓN	VALOR INICIAL	SALDO INICIAL	SALDO ACTUAL
2161049	18/12/2015	18/03/2016	1.014.500	1.014.500	320.400
2170053	15/01/2016	08/02/2016	271.100	271.100	271.100
2175687	29/01/2016	18/03/2016	91.900	91.900	91.900
2177194	02/02/2016	11/03/2016	170.814	170.814	170.814
2180692	11/02/2016	18/03/2016	3.724.543	610.300	610.300
2182359	15/02/2016	18/03/2016	10.292.636	2.306.700	1.750.200
2188761	02/03/2016	26/04/2016	3.011.819	425.820	425.820
2195033	18/03/2016	27/04/2016	16.026.069	905.960	905.960
2201506	06/04/2016	26/04/2016	1.374.301	813.301	813.301
2203473	12/04/2016	16/05/2016	11.627.712	150.000	150.000
2205146	15/04/2016	07/06/2016	384.700	384.700	384.700
2210662	29/04/2016	07/06/2016	12.432.790	12.432.790	12.432.790
2216806	16/05/2016	07/06/2016	11.707.621	381.128	381.128
2218121	19/05/2016	07/06/2016	2.556.562	2.556.562	2.556.562
2218707	20/05/2016	09/09/2016	18.385.440	18.385.440	18.385.440
2221297	26/05/2016	16/06/2016	7.297.437	1.544.656	1.544.656
2231713	25/06/2016	15/07/2016	421.086	384.700	384.700
2233345	29/06/2016	15/07/2016	12.698.884	365.486	365.486
2240010	15/07/2016	16/08/2016	1.250.303	47.868	47.868
2242479	22/07/2016	16/08/2016	8.515.225	1.920.400	1.920.400
2251383	12/08/2016	09/09/2016	89.100	89.100	89.100

2253454	19/08/2016	09/09/2016	142.317	142.317	142.317
2254033	20/08/2016	09/09/2016	5.663.419	5.663.419	14.400
2257752	29/08/2016	09/09/2016	3.951.200	3.951.200	3.951.200
2258307	30/08/2016	30/09/2016	14.273.69 2	8.370.116	8.370.116
2258792	31/08/2016	30/09/2016	1.154.130	1.154.130	1.154.130
2264884	14/09/2016	30/09/2016	4.102.474	632.600	632.600
2269418	24/09/2016	30/09/2016	3.218.413	3.218.413	3.218.413
2269505	24/09/2016	21/10/2016	3.764.928	1.128.500	1.128.500
2273835	04/10/2016	12/10/2016	163.735	163.735	163.735
2274075	05/10/2016	12/10/2016	2.023.448	2.023.448	2.023.448
2274232	05/10/2016	03/11/2016	8.590.953	8.545.653	8.545.653
2275587	07/10/2016	21/10/2016	947.963	947.963	947.963
2279229	18/10/2016	26/10/2016	25.752	25.752	25.752
2279879	19/10/2016	26/10/2016	39.800	39.800	39.800
2280893	21/10/2016	15/11/2016	440.701	225.791	225.791
2282289	25/10/2016	04/11/2016	36.714	36.714	36.714
	<b>TOTAL</b>	<b>SALDOS</b>			<b>\$74.623.157</b>

b.- Que todas las facturas fueron radicadas oportunamente ante la empresa demandada, las reclamaciones fueron objetadas por la convocada las que también fueron contestadas por su poderdante.

c.- Que el 15 de noviembre de 2017 radicó solicitud de conciliación ante el Centro de conciliación de la Universidad Pontificia Bolivariana, conciliación que se llevó a cabo el 1 de diciembre de 2017 declarándose fallida y como las sumas atrás relacionadas la aseguradora las debe acude a este procedimiento.

**1.3 Contestación de la demanda y excepciones:** La empresa demandada se opuso a las pretensiones de la demanda y formuló las excepciones de fondo que denominó: pago total de la obligación e inexigibilidad del monto reclamado, pago con glosa,

prescripción, falta de demostración del cumplimiento de los requisitos requeridos para el pago de los servicios, cobro de lo no debido, inexistencia de la obligación y la genérica, cuyo fundamento se encuentra contenido en el escrito de contestación de la demanda.

## **2.- CONSIDERACIONES:**

2.1 Tal como se dejó precisado al momento de efectuar el control de legalidad, ha de partir esta sede judicial por admitir su competencia para dirimir el presente asunto, por razón de su naturaleza, su cuantía y la vecindad del extremo demandado.

En lo que respecta a la legitimación en la causa tanto por activa como por pasiva para concurrir al juicio, encuentra el despacho que el maestro Hernando Devis Echandía la define como "La **legitimatio ad causam** es un elemento sustancial de la litis y, por lo tanto, no constituye un presupuesto procesal. En cambio, la **legitimatio ad processum** se refiere a la capacidad jurídica procesal de las partes, que sí es un presupuesto procesal. *"Tener legitimación en la causa consiste en ser la persona que, de conformidad con la ley sustancial, puede formular o contradecir las pretensiones contenidas en la demanda, por ser sujeto activo o pasivo de la relación jurídica sustancial pretendida y que debe ser objeto de la decisión del juez"*. (Hernando Devis Echandia, Compendio de Derecho Procesal, Tomo I, Teoría General del Proceso, Novena edición, página 282). Esa condición o cualidad que constituye la legitimación en la causa, se refiere a la relación sustancial que se pretende que existe entre las partes del proceso y el interés sustancial del litigio. Consiste, *"respecto del demandante, en ser la persona que*

*de conformidad con la ley sustancial está legitimada para que por sentencia de fondo o mérito se resuelva si existe o no el derecho o la relación jurídica sustancial pretendida en la demanda, y respecto del demandado en ser la persona que conforme a la ley sustancial está legitimada para discutir u oponerse a dicha pretensión del demandante."* (obra citada. Pág. 272).

En nuestro caso, encuentra el despacho que se demanda a la sociedad SEGUROS DEL ESTADO por ser a favor de la misma que la empresa aquí demandante expidió las facturas de venta relacionadas en los hechos de la demanda lo que de hecho se confirma con las documentales vistas a folios 2 a 1427 del expediente, quedando de esa manera acreditado el requisito de la legitimación por pasiva.

Ahora bien, como quiera que el reconocimiento de la obligación demandada proviene de la prestación de unos servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito amparadas con las pólizas de seguro SOAT, es procedente reseñar lo previsto en el artículo 1036 del Código de Comercio que prescribe: *"El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva."*

Así como lo señalado en el artículo 1037 *"Son partes del contrato de seguro: 1. El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y 2. El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos."* y lo previsto en el artículo 1045 que establece cuales son los elementos esenciales del contrato de seguro de la siguiente manera: *"Son elementos esenciales del contrato de seguro: 1. El*

*interés asegurable; 2. El riesgo asegurable; 3. La prima o precio del seguro, y 4. La obligación condicional del asegurador.*

*En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.”*

En ese orden y como quiera que el presente asunto se ventila por una regulación especial pues se trata de un seguro obligatorio por accidente de tránsito **SOAT**, siendo aplicable el artículo 1077 del Código de Comercio en consonancia con lo que regula el Decreto 56 de 2015 artículo 8 y 780 de 2016, para lo cual tenemos que el artículo 8 del Decreto 56 de 2015 fue claro en establecer que los servicios de salud suministrados a una víctima de accidente de tránsito, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismo, **ante la aseguradora que expida el SOAT es el Prestador de servicios que lo haya atendido.**

Por su parte, el artículo 2.6.1.4.1. del Decreto 780 de 2016, donde quedó compendiado el artículo 1 del Decreto 56 de 2015, ... *“establece las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios **para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo.***

Así mismo, dicho capítulo según artículo 2.6.1.4.2 aplica “*al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), **a las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT**, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Territoriales, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a las administradoras de los regímenes exceptuados de la aplicación de la Ley 100 de 1993, a los reclamantes de los servicios médicos, las indemnizaciones y los gastos aquí previstos, así como a las demás entidades que puedan llegar a tener alguna obligación o responsabilidad relacionada con las reclamaciones de que trata este Capítulo.*(Art.2 Dcto.56/2015)

Según el artículo 2.6.1.4.2.1. los servicios de salud otorgados a las víctimas de accidente de tránsito, entre otros, son los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que esta traía. (artículo 7 del Decreto 56/2015)

Y de acuerdo con el artículo 2.6.1.4.2.2., el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los servicios de salud prestados a una víctima de accidente de tránsito, entre otros, 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.** (Art. 8° del Decreto 56 de 2015) de acuerdo con las coberturas y tarifas descritas en el artículo

subsiguiente y dentro del término para presentar las reclamaciones, tratándose de aseguradoras, según lo establecidos en el artículo 1081 del Código de Comercio.

De otro lado y cuando de acreditar la existencia o extinción de obligaciones se trata, le incumbe probar aquella o ésta a quien alega el respectivo acontecimiento, según lo dispone el artículo 1757 del Código Civil, exigencia acorde con la regla probatoria consagrada en el artículo 167 del Código General del Proceso, según el cual, *«[i]ncumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen»*.

Así entonces, tratándose del juicio coactivo, como la pretensión se dirige a efectivizar un derecho cierto, la prueba de la obligación, por excelencia, será un título con mérito ejecutivo, en tanto que la del declarativo, podrá ser cualquiera de las legalmente previstas en el artículo 165 *ibídem*, es decir, *«la declaración de parte, la confesión, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios, los informes y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez»* o en la concepción del artículo 243 del Código General del Proceso, *«(...) los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, mensajes de datos, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, videograbaciones, radiografías, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo, y las inscripciones en lápidas, monumentos, edificios o similares»*.

La Ley 1438 de 2011 por medio del cual se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su artículo 143 normativizó la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora SOAT, es por ello que mediante Decreto 56 de 2015 y 780 de 2016, se establecieron las reglas para el funcionamiento de la subcuenta del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, previendo cuales eran las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de esos accidentes, donde, entre otras autoridades y entidades, se incluyó a las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

En ese orden, el Decreto 780 previó que los prestadores de servicios que suministren esos servicios, debían informar tal situación a la compañía aseguradora autorizada para operar el SOAT, dentro de los términos previstos en el artículo **2.6.1.4.2.18** “...b). *Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.*” (Art. 24 del Decreto 56 de 2015).

Así mismo, en su artículo 2.6.1.4.2.20, en el numeral 2 estableció los soportes que debía contener esa reclamación, “ ...

**2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:** *2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.*

Los requisitos previstos en artículos 2.6.1.4.3.5 del Decreto en cita, son: “1. *Primer nombre y primer apellido del paciente.* 2. *Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.* 3. *Servicio de ingreso.* 4. *Hora y fecha de ingreso.* 5. *Servicio de egreso.* 6. *Hora y fecha de egreso.* 7. *Motivo de*

*consulta.8. Enfermedad actual, información que debe contener:8.1. La relación con el evento que originó la atención.8.2. Relación de recibido del paciente en caso de ingreso por remisión de otra IPS.9. Antecedentes.10. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio.11. Hallazgos del examen físico.12. Diagnóstico de ingreso.13. Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.14. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo.15. Resultados de la totalidad de procedimientos diagnósticos y todos aquellos que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.16. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten.17. Diagnósticos de egreso.18. Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad si la hubiere.19. Plan de manejo ambulatorio.20. En caso que el paciente sea remitido a otra IPS, relación de la remisión.21. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento. ...” (Artículo 31 Decreto 56/2015)*

Y del artículo 2.6.1.4.3.6, son: *“1. Primer nombre y primer apellido del paciente. 2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica. 3. Edad y sexo del paciente. 4. Servicio de ingreso. 5. Fecha de atención. 6. Motivo de consulta. 7. Enfermedad actual en donde debe indicarse: 7.1. La relación con el evento que originó la atención. 7.2. Si se trata de la prestación de servicios de ayudas diagnósticas, interpretación médica del paraclínico facturado. 8. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención. 9. Antecedentes. 10. Examen físico. 11. Diagnóstico. 12. Plan de tratamiento. 13. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento. 14. Cuando se hayan suministrado medicamentos deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento.”*

*2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la*

*reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto...*

*4.- Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del presente decreto.*

*5.- Cuando se reclame el valor de material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS (art.26 Decreto 56/2015) “*

En nuestro caso y al haber allegado la parte actora al plenario los documentos antes reseñados mediante los cuales quedó demostrado la ocurrencia del hecho, así como la prestación del servicio de salud en virtud de los accidentes de tránsito ocurridos y dado que tales instrumentos no fueron tachados ni redargüidos de falsos los mismos se muestran probatoriamente aptos para ser valorados, si se tiene en cuenta el objetivo de su aportación y la clase de acción instaurada.

Teniendo en cuenta lo anterior, el despacho entrará a estudiar las excepciones formuladas por la pasiva y que denominó: **“PRESCRIPCIÓN”**, aclarando que primero se estudiara esta excepción pues en la medida en que prospere, resultaría innecesario el estudio de las demás excepciones formuladas.

*“...Con relación al término de prescripción para el cobro de los servicios de salud con cargo al SOAT, está prevista por lo regulado en el artículo 1081 del Código de Comercio, que señala “La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria”*

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

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

*En consecuencia, el término prescriptivo de las reclamaciones que formulen las prestadoras de servicios de salud ante las aseguradoras derivadas de las coberturas del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT es el establecido en el artículo 1081 del C. Co. ...*

*Por esta razón y teniendo en cuenta que las fracturas que se pretenden cobrar por esta vía por la atención de víctimas de accidentes de tránsito, se ponen en evidencia el reconocimiento cierto del hecho que da base a la acción para el cobro o reclamación a mi representada de tales servicios médicos hospitalarios prestados, se deberá tomar como fecha, la expedición de las facturas o en su defecto, es decir, el día en que se prestó el servicio asistencial a la víctima...”*

Para resolver se tiene que, el artículo 1081 del Código de Comercio señala que: *“la prescripción de las acciones que se deriven del contrato de seguro o disposición que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. En el caso de la primera, esta es de 2 años los cuales se contabilizan desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. Mientras que la extraordinaria es de 5 años correrá contra toda clase de personas y empezara a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho”*

En el caso que nos ocupa, lo primero que hay que determinar cuál es la prescripción que opera en caso de prestadores de salud por accidentes de tránsito, de acuerdo a ello, al tener la IPS aquí demandante la calidad de beneficiario a la luz de lo dispuesto en las normas que regulan los accidentes de tránsito, como son los Decretos 3990 de 2007, 056 de 2015 y 780 de 2016, los que se aplican dependiendo la fecha de ocurrencia del accidente, ello en concordancia con lo dispuesto en el artículo 1047 del C. Co. no existe duda entonces que el término prescriptivo que opera para las IPS es el ordinario de 2 años tal como lo ha establecido la doctrina y jurisprudencia.

Ahora bien, a partir de qué momento empieza a contarse dicho término, siendo claro que para los prestadores de salud el hecho que genera la respectiva acción es la prestación del servicio médico, pues es evidente que en ese momento se consolidó el conocimiento del derecho a reclamar, de modo que es a partir de ese día que se contabiliza la prescripción ordinaria, así lo ha sostenido la Superintendencia Financiera de Colombia en los conceptos No. 201307004-002 (18/09/13) y 2016046856-001(14/09/16)

En ese orden, al revisar la documentación obrante en el expediente fácil se puede evidenciar que la prestación del servicio tuvo lugar para los años 2015 y 2016, para la más antigua y que está representada en la factura No.2170053 el servicio data del 15 de octubre de 2015 lo que lleva a concluir que la prescripción para la misma tendría lugar el 15 de octubre de 2017, término que fue interrumpido con el requerimiento privado que hiciera la aquí demandante el pasado 24 de julio de 2017 conforme se evidencia a folio 1857 del expediente, configurándose de esta manera lo dispuesto en el inciso final del artículo 94 del C.G.P., lo cual encuentra soporte jurisprudencial en sentencia del 28 de septiembre de 2017 en la que el Tribunal Superior de Bogotá dentro del proceso 2017-0687 concluyó de una parte que dicho requerimiento es perfectamente aplicable en las acciones derivadas del contrato de seguro y por otra que no puede tenerse la reclamación inicial como requerimiento con fines de interrupción de prescripción ya que esta –reclamación- debe llenar unos requisitos sustanciales como es la demostración del siniestro y la cuantía de la pérdida, los que deben estar acreditados previamente por lo que no podrían agruparse en un mismo acto tanto la acreditación de

los requisitos para acceder a la prestación y al mismo tiempo la interrupción de la prescripción que trata el artículo 94 en cita.

Por todo lo anterior no ha de tener buen recibo la excepción de prescripción aquí alegada porque simplemente y en virtud de la interrupción, la presente demanda fue radicada en tiempo, resultando en ese orden necesario entrar a revisar el resto de los medios exceptivos propuestos.

### **“PAGO TOTAL”**

*“Esta excepción esta llamada a prosperar toda vez que respecto a las pretensiones de la demanda, las mismas fueron canceladas en su debida oportunidad a la demandante, conforme se demuestra con la relación de pagos que presenta, ...”*

*“La actora señala que si bien esas facturas ya fueron canceladas, no se debe perder de vista que esos pagos se hicieron de manera tardía por lo que la imputación de dichos pagos se debe hacer en los términos del artículo 1654 del Código Civil”*

Para resolver digamos que el ordenamiento civil patrio enmarca el pago como un modo de extinguir las obligaciones, contemplado en el artículo 1626 como *“la prestación de lo que se debe”*, y trae como consecuencia liberar al deudor. El pago puro y simple no está sujeto a modalidades especiales y abarca el concepto general de liquidar los compromisos mediante la ejecución voluntaria y normal de la prestación debida. Para ello se requiere ver la causalidad del pago, quién lo hace, a quién, cómo, cuándo y dónde debe hacerse, su imputación y la prueba del pago. Para que el demandado pueda alegar un pago válido de la obligación, éste debe efectuarse en los términos señalados en el título base del recaudo, en la forma acordada con el acreedor, o en su defecto en las condiciones determinadas por la ley al respecto

Frente al particular, encuentra el despacho que esta excepción habrá de prosperar por las siguientes razones:

La parte demandante y demandada aceptaron que dichas facturas se encuentran pagas, aunado a ello, documentalmente ello también está acreditado.

Ahora bien, el hecho que el pago se hubiera realizado de manera tardía no da lugar a su desconocimiento ni tampoco a que el mismo sea aplicado en las condiciones solicitadas por la demandante teniendo en cuenta que nos encontramos frente a un proceso declarativo donde lo que se busca precisamente es el reconocimiento de la existencia de la obligación, cosa distinta sería si nos encontráramos frente a un proceso ejecutivo donde se parte de la certeza que la obligación existe.

Teniendo en cuenta el tipo de proceso, mal haría el despacho en aceptar lo pedido por la actora cuando de las pruebas aportadas se acreditó que tales obligaciones ya fueron satisfechas, por lo que así se tendrá que declarar en la parte resolutive, no obstante lo anterior y si la demandante considera que la aseguradora le generó algún perjuicio al haber realizado el pago de las facturas de esa forma –tardía-, no es en este proceso como podría reclamar la indemnización que considere deba ser reconocida por tal actuar.

**“PAGO CON GLOSAS - FALTA DE DEMOSTRACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA EL PAGO DE LOS SERVICIOS/OBJECIONES e INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION”** Excepciones que se estudiaran de manera conjunta pues su fundamento es el mismo.

*... Expone que su representada pago el total de las sumas al cual estaba obligado, lo no reconocido obedeció a que el demandante no cumplió con la obligación de aportar los documentos necesarios para probar el derecho y la cuantía del mismo. ...*

*... Indica que del análisis realizado a los documentos allegados por la actora en la reclamación, de estas no se evidencia demostración de la responsabilidad contractual en que haya incurrido su mandante, pues a la misma no se allegaron los documentos exigidos en la norma, esto es, los Decretos 056 de 2015 y 780 de 2016 vigentes para los accidente ocurridos desde mayo de 2016 poniendo de presente que la sola factura no prueba el derecho reclamado*

*“...señala que la entidad no demostró la existencia del siniestro en su naturaleza y cuantía conforme lo regula el Decreto 056 de 2015 y 780 de 2016 en concordancia con lo previsto en el artículo 1077 del C. de Co., por lo que revisadas las reclamaciones de las facturas que cita frente a ellas su representa no le asiste obligación alguna. ....”*

Si bien estas facturas fueron objetadas y glosadas en los términos previstos en la ley que regula la prestación de servicios médicos así como la que contempla los requisitos para acceder a los beneficios de las pólizas del SOAT, lo cierto es que dentro de este proceso, la parte demandada no aportó prueba alguna que demuestre las causales de reparo a dichas reclamaciones, observa el despacho que existe una clara orfandad probatoria pues se limitan a manifestar las gestiones realizadas desde el área de auditoría como son la verificación telefónica, sin que ello sea suficiente para desvirtuar la prueba documental que acompaña la parte demandante como soporte de su pretensión y si ello lo pretendían hacer con las declaraciones de la representante legal y de la Auditora Médica Dra. Mónica Ivonne Velásquez Rojas, el Despacho no puede desconocer, que la primera se limitó a informar el trámite interno que manejan para la verificación de la ocurrencia de los accidentes y la segunda, solo ratificó las causales de objeción formuladas, sin que brindara mayor detalle sobre la manera como obtuvieron la información con la cual las soportan.

No existe prueba alguna que le reste credibilidad o desvirtúe contundentemente lo consignado en la

historia clínica por los médicos tratantes, documento, que entre otras cosas describe la información suministrada por el paciente o su familiar durante el ingreso a la institución prestadora, siendo este documento el único con el que cuentan las IPS para demostrar la prestación del servicio reclamado.

Considera el despacho importante hacer énfasis, en que si bien, las glosas y objeciones fueron sometidas a un proceso de conciliación, las sumas que aquí se reclaman, corresponden a los saldos sobre los cuales no hubo acuerdo y que son los que precisamente motivan la presente demanda, debiendo entonces, la demandada, acreditar, porqué razón mantiene su negativa a reconocer y pagar dichas prestaciones, lo que brilla por su ausencia, tal como viene dicho, incumpliendo de esta manera con su carga probatoria, a la luz de lo dispuesto en el artículo 167 del CGP.

En este punto conviene destacar que la demandante en su condición de prestador de servicio de salud, estaba obligada a prestar el mismo a las personas que acudieron al centro asistencial con alguna dolencia o afección física ocasionada por el accidente de tránsito que adujeron haber sufrido, en forma inmediata y sin excusas, porque así lo prevé el artículo 195 del Decreto 663 de 1993 so pena de soportar la aplicación de las sanciones allí mencionadas.

Y por otro parte, estaba a cargo de la aseguradora demandada, realizar las verificaciones relativas a la veracidad de cada accidente reportado y de evidenciar la existencia de un posible fraude, estaba en la obligación de poner en conocimiento de las

autoridades la existencia de la eventual irregularidad e información errónea suministrada por los afectados del accidente, sin que ello afecte el pago del servicio suministrado, al ser situaciones ajenas al prestador del servicio, limitándose a objetar las reclamaciones presentadas con fundamento en esa clase de situaciones, sin que con ello se hubiera logrado derribar la presunción de buena fe registrada en la historia clínica como motivo de consulta como tampoco el contenido de los documentos aportados con la demanda.

### **“COBRO DE LO NO DEBIDO”**

“..Relata que la actora no ha demostrado la existencia del derecho reclamado al no demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, es por ello que su representada objeto y glosó los cobros que no cumplir con los requisitos exigidos por la ley las que fueron debidamente notificadas. Que dentro de los procedimientos realizados por demandante y demandado se presentó un cruce de cartera en lo que la actora aceptó glosas de reclamaciones, realizándose actas de aceptación suscritas por el representante de la parte demandante y de las cuales aquí se pretende su pago y que corresponde a las facturas ... ”

El cobro de lo no debido se configura cuando no existe o no se ha generado la prestación reclamada, o cuando ya se ha cancelado. Significa ello que, si existía la obligación, ésta se extinguió, total o parcialmente, por uno de los medios autorizados para ello, liberándose el deudor del vínculo que contrajo con el acreedor; o si no existió pretende el ejecutado liberarse de quien lo ejecuta con la demostración de no adeudar lo cobrado.

Conforme a lo señalado por la aseguradora, tenemos que respecto a la factura **No.2195033** a pesar que en el acta de conciliación de glosa aparece como 20185033 para el despacho no queda duda que se hace referencia a la factura inicialmente citada, no obstante lo anterior y contrario a lo manifestado por la parte demandada en el acta de conciliación No.180418-2 del 18 de abril de 2018 obrante a folio 1517 no se evidencia aceptación alguna

por parte de la IPS dejándose constancia en el acta que las partes no llegaron a un acuerdo frente a los valores reclamados (**\$905.960**), siendo precisamente ese el monto que aquí se pretende y del que no aparece acreditado el pago como lo señala la pasiva.

En lo concerniente a la factura **No.2240010** conciliada en el acta 170808-7 del 8 de agosto de 2017, se tiene que la glosa formulada era por valor de \$507.000 de los cuales fue levantado por la aseguradora el valor de \$253.500 y aceptado por la IPS un valor igual, en consecuencia si del valor facturado que corresponde a la suma de \$1.250.303 se resta el valor de la glosa aceptada, el valor a pagar sería la suma de \$996.803 y si a este se le descuenta el valor pagado por la aseguradora en la suma de \$948.935 quedaría un saldo a favor de la IPS de **\$47.868** tal como se reclama en las pretensiones y que de hecho no aparece acreditado su pago.

En cuanto a la factura **No.2242479** revisada el acta de conciliación No.180418-2 del 18 de abril de 2018 obrante a folio 1516, se tiene que en efecto la IPS aceptó la glosa por valor \$1.975.600 sin embargo si se tiene en cuenta el valor de la factura que es de \$8.515.225 menos el valor antes indicado y el pago realizado por la aseguradora por la suma de \$5.334.966 queda un saldo pendiente por pagar de **\$1.204.659** y no de \$1.920.400 reclamado por la demandante, suma de la que tampoco aparece acreditado su pago, por lo cual habrá de reconocerse el saldo real pendiente de pago, esto es, **\$1.204.659..**

De conformidad con todo lo expuesto, se advierte que las excepciones formuladas a diferencia de la de pago no tuvieron vocación de prosperidad al no haberse acreditado el sustento en que se fundamentaron y más aun no fue acreditado que la prestación del servicio aquí reclamado por parte de la entidad demandante no se brindó o que se trató de un evento diferente que fue atendido bajo la modalidad de accidente de tránsito, quedando en cabeza de la demandada demostrar las razones por las cuales se negó a pagar las reclamaciones y no simplemente limitarse a señalar que las mismas habían sido objetadas.

Contrario a lo anterior, el despacho evidencio que las pretensiones de la actora están soportadas en hechos debidamente demostrados con los documentos aportados con la demanda, por lo que las pretensiones de la demanda se han de acoger respecto de las facturas que no se acreditó su pago.

### **III.- DECISION**

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO QUINCE CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTA D. C., ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA Y POR AUTORIDAD DE LA LEY,

### **IV.- RESUELVE:**

1.- DECLARAR probada la EXCEPCION DE PAGO formulada por SEGUROS DEL ESTADO respecto de las facturas No.2161049, No.2175687, No.2210662, No. 2218121, No.2231713, No.2251383, No.2253454, No.2264884, No.2273835, No.2275587, No.2279229 y No.2282289.

2.- DECLARAR que SEGUROS DEL ESTADO es responsable por el pago de los servicios de salud que prestó la sociedad demandante SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SOMER S.A a las víctimas de accidente de tránsito amparadas con las pólizas SOAT y contenidos en las facturas que aportó con la demanda y se relacionan a continuación:

NUMERO DE FACTURA	FECHA FACTURA	FECHA RADICACIÓN	VALOR INICIAL	SALDO INICIAL	SALDO ACTUAL
2170053	15/01/2016	08/02/2016	271.100	271.100	271.100
2177194	02/02/2016	11/03/2016	170.814	170.814	170.814
2180692	11/02/2016	18/03/2016	3.724.543	610.300	610.300
2182359	15/02/2016	18/03/2016	10.292.636	2.306.700	1.750.200
2188761	02/03/2016	26/04/2016	3.011.819	425.820	425.820
2195033	18/03/2016	27/04/2016	16.026.069	905.960	905.960
2201506	06/04/2016	26/04/2016	1.374.301	813.301	813.301
2203473	12/04/2016	16/05/2016	11.627.712	150.000	150.000
2205146	15/04/2016	07/06/2016	384.700	384.700	384.700
2216806	16/05/2016	07/06/2016	11.707.621	381.128	381.128
2218707	20/05/2016	09/09/2016	18.385.440	18.385.440	18.385.440
2221297	26/05/2016	16/06/2016	7.297.437	1.544.656	1.544.656
2233345	29/06/2016	15/07/2016	12.698.884	365.486	365.486
2240010	15/07/2016	16/08/2016	1.250.303	47.868	47.868
<b>2242479</b>	22/07/2016	16/08/2016	8.515.225	1.920.400	<b>\$1.204.659</b>
2254033	20/08/2016	09/09/2016	5.663.419	5.663.419	14.400
2257752	29/08/2016	09/09/2016	3.951.200	3.951.200	3.951.200
2258307	30/08/2016	30/09/2016	14.273.692	8.370.116	8.370.116
2258792	31/08/2016	30/09/2016	1.154.130	1.154.130	1.154.130
2269418	24/09/2016	30/09/2016	3.218.413	3.218.413	3.218.413
2269505	24/09/2016	21/10/2016	3.764.928	1.128.500	1.128.500
2274075	05/10/2016	12/10/2016	2.023.448	2.023.448	2.023.448
2274232	05/10/2016	03/11/2016	8.590.953	8.545.653	8.545.653
2279879	19/10/2016	26/10/2016	39.800	39.800	39.800
2280893	21/10/2016	15/11/2016	440.701	225.791	225.791
		<b>TOTAL</b>	<b>SALDOS</b>		<b>\$56.082.883</b>

3.- En consecuencia, DECLARAR que respecto de las facturas mencionadas en el ítem anterior, la demandada SEGUROS DEL ESTADO S.A. adeuda la cuantía de **\$56.082.883**, que corresponde a la sumatoria de los servicios de salud que la demandante brindó a las personas víctimas de los accidentes de tránsito a que aluden los anexos de cada uno de tales documentos aportados con la demanda, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

4.- Por lo anterior, se ordena a **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** que en el término de 10 días contados a partir de la ejecutoria de esta sentencia realice el pago de la suma indicada en el numeral 3 a la sociedad aquí demandante SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO SOMER S.A, fecha a partir de la cual se empezaran a generar intereses moratorios en caso de incumplimiento del pago y no a partir de la fecha solicitada en la demanda.

5.- CONDENAR en costas a la parte demandada, liquídense tal como lo dispone el artículo 336 del C.G.P., incluyendo la suma de \$3.000.000 como agencias en derecho.

6.- ORDENAR a la secretaria Oficiar en los términos previstos en el inciso 2 del numeral 5 del artículo 373 del Código General del Proceso a la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

NOTIFIQUESE,

JESSICA LILIANA SAEZ RUIZ

**Firmado Por:**

**Jessica Liliana Saez Ruiz**

**Juez Municipal**

**Civil 015**

**Juzgado Municipal**

**Bogotá D.C., - Bogotá, D.C.**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

**edd7c0a10fa3a205d4a9fadc9b39f322bdc6985fba5d4cd2c278cf6cb513  
c59c**

Documento generado en 10/08/2021 05:37:01 PM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**