

Señores

JUZGADO CUARTO (4) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

Barranquilla – Atlántico

REF. PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTÍA

DEMANDANTE: CLÍNICA JALLER S.A.S.

DEMANDADO: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

RADICADO: 2020 – 00008 – 00

ALEXANDER GOMEZ PEREZ, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 expedida en Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de la sociedad **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, de conformidad con el poder especial, amplio y suficiente, debidamente otorgado por la doctora **ANDREA SIERRA AMADO**, mayor de edad, vecina de la ciudad de Barranquilla, actuando en su calidad de Representante Legal de la precitada sociedad, todo lo cual acredito con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, que anexé al momento de la notificación; al Señor Juez respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada, a **CONTESTAR DEMANDA** formulada por la sociedad **CLINICA JALLER S.A.S.** en los siguientes términos:

Sea lo primero indicar que se presento emergencia social, económica y sanitaria causada por el COVID-19, lo que **generó el cierre de los despachos judiciales**, por ende, la paralización en la atención y suspensión de los términos judiciales, mediante los acuerdos PCSJA20- 11517 15 de marzo de 2020, **a partir del 16 de marzo de 2020**, hasta el 20 de marzo de 2020; PCSJA20-11521 19 de marzo de 2020, desde el 21 de marzo hasta el 3 de abril del año 2020; PCSJA20-11526 22 de marzo de 2020, desde el 4 hasta el 12 de abril de 2020; PCSJA2011532 11/04/2020, desde el 13 hasta el 26 de abril de 2020; PCSJA20-11546 25/04/2020, desde el 27 de abril hasta el 10 de mayo de 2020; PCSJA20-11549 07/05/2020, desde el 11 hasta el 24 de mayo de 2020; PCSJA20-11556 22/05/2020, desde el 25 de mayo al 8 de junio de 2020 y finalmente **el acuerdo PCSJA20-11567 05/06/2020, que ordenó el levantamiento de la suspensión de términos judiciales a partir del 1 de julio de 2020**, ahora bien teniendo en cuenta que mi representada se notificó personalmente el día 27 de febrero de 2020, contando con 20 días hábiles para contestar la demanda, feneciendo dicho termino el día 27 de marzo de 2020, luego entonces, como los términos se suspendieron a partir del 16 de marzo de 2020, mi representada contaba con 8 días hábiles para contestar, los cuales se siguieron contando a partir del 1 de julio de 2020, por lo anterior el termino para contestar la presente demanda es hasta el día 10 de julio de 2020, por lo tanto se procede a dar contestación dentro del término procesal.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

De manera preliminar, quiero dejar en claro al despacho que la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la CLINICA JALLER S.A.S., ni con ninguna otra institución de salud del país; Lo anterior, en razón a que las facturas que aporta la parte accionante, tienen relación con reclamaciones realizadas, por la hoy demandante, a mi representada por la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, por las cuales, la demandante pretende la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT expedidas por mi representada; sin embargo, su reclamación y cobro debe sujetarse inexorablemente a las disposiciones legales que lo regulan, Decreto 663 de 1993 - Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el Código de Comercio en su acápite del Contrato de Seguro, y demás decretos que reglamentan este seguro al que nos referimos.

Siendo así las cosas, el régimen legal del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT, se encuentra consagrado en los artículos 192 a 197 del Decreto Ley 663 de 1993 -Estatuto Orgánico del Sistema Financiero-, en adelante EOSF.

Aunado a lo anterior, tenemos que en el artículo 167 párrafos 1º y 3º de la Ley 100 de 1993, el legislador fue explícito en señalar que, en los casos de accidentes de tránsito, “*el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta ley*” y con sujeción a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional sobre los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

Instituido el SOAT en el artículo 192 del EOSF, como un seguro de expedición obligatoria por parte de las aseguradoras autorizadas, el numeral 4º, determina, para evitar confusiones normativas, lo siguiente:

*“Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito **se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto.**”*

Igualmente, las coberturas del SOAT se encuentran establecidas de manera taxativa en el artículo 193 del EOSF.

En el numeral 4º del artículo 195 del EOSF, se reconoce la titularidad de la acción, para reclamar el pago de los gastos por los servicios prestados a las víctimas de accidente de tránsito ante las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, de acuerdo con las tarifas fijadas por el Gobierno Nacional, en los siguientes términos:

“4. Acción para reclamar. 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 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, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al 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. (...)”

Es claro como la norma antes transcrita, además de establecer unos requisitos, hace remisión expresa al artículo 1077 del Código de Comercio, al establecer como exigencia a los establecimientos hospitalarios acreditar su derecho, lo que se traduce en instituir para las reclamaciones por conceptos de gastos médicos a víctimas de accidentes de tránsito la “Prueba de daños” como regla para obtener el “Pago de indemnizaciones” en el SOAT prevista en el artículo 194 del EOSF.

En relación con lo anterior, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) donde establece las reglas para la Prestación de Servicios de Salud y dispone, en el título 3, capítulo 4, numeral 2 del artículo 2.5.3.4.3, que para los efectos del sistema general de seguridad social en salud, se consideran como “entidades responsables del pago de servicios de salud”, las siguientes:

“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 laborales”.

Como es evidente, dentro de las entidades enunciadas no se encuentran las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT. Es decir que las aseguradoras no son entidades responsables del pago de servicios de salud.

Luego entonces, está claro que no puede aplicarse para resolver la presente controversia las normas de carácter general que se aplican a las ventas y servicios, así como tampoco las normas especiales que regulan el pago de las EPS a las IPS de facturas por concepto de atención de emergencias dentro del marco general del sistema de seguridad social en salud, es decir, que dentro del presente proceso se deben aplicar las normas especiales que regulan la actividad aseguradora dentro del marco específico del régimen de seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

Ahora bien, el decreto 056 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, establecen el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras, para lo cual establecen que, en lo no regulado por

los mencionados decretos para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

Con lo anteriormente esbozado, se deja claro al despacho que las normas aplicables en estos casos son las normas que regulan el contrato de seguro.

El fin del SOAT es la atención de lesionados, llámese conductor, pasajero, ocupante del vehículo, ciclista o peatón, que resulte afectado en un accidente de tránsito, teniendo en cuenta que por accidente de tránsito se entiende el incidente ocasionado por un vehículo automotor en movimiento que, como consecuencia de la circulación en la vía, o tránsito, o violación de la norma de tránsito, cause lesiones.

La definición de vía, la encontramos en la ley 769 de 2002 (Código Nacional de Tránsito), como toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.

Los automotores, son considerados como todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado. No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles, y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

Las coberturas del SOAT son:

GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS.
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LESIONADOS
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE
GASTOS FUNERARIOS
INCAPACIDAD PERMANENTE

Ahora bien, el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, SOAT, fue creado mediante la ley 33 de 1986, con el fin de garantizar los recursos que faciliten la atención integral para las víctimas de accidente de tránsito, de acuerdo con unas coberturas definidas; buscando que toda la sociedad colombiana, tanto conductores, pasajeros, o peatones, se vean beneficiados. Cabe recordar, que el SOAT es un sistema fundamental dentro del sistema general de salud de Colombia, al proteger sin excepción, a todas las personas susceptibles de ser víctimas de accidentes de tránsito en las vías del territorio nacional. En otras palabras, el SOAT es la fuente de financiación para la atención de las víctimas de accidentes de tránsito en el país, en la medida en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) recobran con cargo al SOAT o al Fondo de Seguridad y Garantía (Fosyga), según sea el caso, los servicios prestados a estas personas, por lo tanto, los recursos del SOAT, deben ser suficientes para garantizar la oportuna y adecuada atención de los lesionados en accidentes de tránsito, para lo cual los ingresos percibidos por los diferentes actores del sistema, deben sufragar los costos y gastos que se deriven en dicha atención.

Siendo así, el sistema contempla transferencias y contribuciones definidas por ley a diferentes organismos como la Agencia Nacional de Seguridad Vial (3%) y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (14,2%), por lo cual, las aseguradoras deben hacer un minucioso análisis, e investigación, frente a cada reclamación recibida por accidente de tránsito, que pretenda afectar una póliza SOAT, buscando evitar la alteración al sostenimiento de dichas pólizas.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:

AL HECHO 1: NO ES CIERTO, pues si bien la demandante pudo haber atendido pacientes con cargo a pólizas expedidas por mi representada, de la información a que hace referencia en el hecho, en donde aporta un cuadro de Excel, donde se describen 796 facturas, que tienen el número de factura, fecha de vencimiento de la factura, saldo pendiente, nombre del paciente, identificación del paciente, entre otras, no se desprende que dichos pacientes hayan sido atendidos con cargo a pólizas expedidas por mi representada y los eventos por los que fueron atendidos se encontrarán amparados por la póliza de SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTE DE TRANSITO.

No olvidemos su señoría que por encontrarnos dentro de un proceso declarativo, es carga de la parte demandante, aportar los soportes con los cuales debe acreditar que en efecto mi representada amparaba los gastos médicos que fueron suministrados por la demandante, a esos pacientes que se relacionaron en el cuadro.

Quiero dejar en claro, ratificando lo dicho en la ANOTACION PRELIMINAR de este escrito, que la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la CLINICA JALLER S.A.S., ni con ninguna otra institución de salud del país, pues la atención prestada por las IPS, se realiza a estos pacientes de accidentes de tránsito, por mandato legal.

AL HECHO 2: NO ES CIERTO, por la forma en que se encuentra redactado, ya que el demandante pretende que mi representada de manera indiscriminada responda afirmativamente a un hecho que no puede ser analizado de manera general, pues cada caso tiene sus propias particularidades, y que como siempre se le ha planteado a los demandantes, es una obligación legal de la IPS como eventual beneficiario del amparo de gastos médicos, acreditar sus reclamaciones en debida forma, de conformidad con lo establecido en el párrafo 2 numeral 4 del artículo 195 del ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO, y demás normas concordantes, que establece:

“4. Acción para reclamar. 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 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, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al 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. (...)”

AL HECHO 3: NO ES CIERTO, pues la parte demandante con la presentación de la presente demanda, no aportó los documentos de que trata el artículo 26 del decreto 056 del 2015 tal y como se acredita en los Excel anexos a la contestación de la demanda.

AL HECHO 4: ES CIERTO. Y ello se desprende de los documentos que se aportaron con la demanda.

AL HECHO 5: NO ES CIERTO lo manifestado por el apoderado de la parte demandante, y pretende inducir al despacho a un error de interpretación.

Esto en razón, a que no basta solamente con la presentación de la reclamación para que ipso facto se realice el reconocimiento o pago de la indemnización por parte de la aseguradora, es indispensable que se acrediten los requisitos de pertinencia y legitimación respectivos además de los taxativamente establecidos en los decretos que reglamentan las reclamaciones frente a SEGUROS OBLIGATORIOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO. Véase, Estatuto Orgánico del sistema Financiero, decreto 056 de 2015, decreto 780 de 2016, código de comercio y demás normas concordantes.

AL HECHO 6: ES CIERTO, y se resalta al despacho, que el proceso ejecutivo que inició la parte demandante contra mi representada, bajo radicado No. 08001315301020170025400, el Tribunal Superior Del Distrito Judicial de Barranquilla, Sala Civil Familia Magistrado Ponente, Dr. Alfredo Castilla, manifestó lo siguiente:

“(...) Así las cosas no era del caso entrar a averiguar si la aseguradora devolvió, objeto o glosó las facturas en los términos establecidos por la ley, por el contrario no debió librarse mandamiento de pago puesto que no acompañarse a las facturas aportadas en documentos la reclamación y los documentos exigidos por las normas comerciales especiales, antes citadas, no era posible determinar los precisos parámetros de la obligación, motivo por el cual estas facturas por sí solas no cumplen con las exigencias legales para ser consideradas títulos de recaudo ejecutivo. En consecuencia, está llamada a prosperar la excepción de mérito de ausencia de exigibilidad de la factura por no acreditarse el título complejo frente a todos y cada una de las facturas arribadas al expediente. (...)”

Bajo lo anterior, el Tribunal Superior del Distrito Judicial resolvió lo siguiente:

“(...) Primero: revocar la sentencia de fecha septiembre 5 del 2018 proferida por el JUEZ DECIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA la cual quedará así: Primero, Declarar probada la excepción de mérito

de ausencia de exigibilidad de las facturas por no acreditarse el título complejo frente a todas y cada una de las facturas arimadas el expediente planteada por la demandada SEGUROS GENERALES SURAMERICANA SA; Segundo: No seguir adelante la ejecución contra la demandada SEGURO GENERALES SURAMERICANA S.A.; Tercero, Decretar el levantamiento de las medidas cautelares si las hubiere. (...)”

AL HECHO 7: Al incluir el hecho varias circunstancias fácticas, nos pronunciaremos frente a cada una de manera independiente, así:

- ES CIERTO, que mi representada recibe y tramita las reclamaciones por SOAT, a través de un proceso de OUTSORCING.
- En cuanto al hecho de que radicó las reclamaciones de las facturas que reclama en este proceso a mi representada, debemos manifestar que NO ES CIERTO, por la forma en que se encuentra redactado, ya que el demandante pretende que mi representada de manera indiscriminada responda afirmativamente a un hecho que no puede ser analizado de manera general pues cada caso tiene sus propias particularidades, y que como siempre se le ha planteado a los demandantes, es una obligación legal de la IPS como eventual beneficiario del amparo de gastos médicos, acreditar sus reclamaciones en debida forma, de conformidad con lo establecido en el párrafo 2 numeral 4 del artículo 195 del ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO, y demás normas concordantes.
- NO ES CIERTO que los dictámenes periciales que fueron practicados en el proceso ejecutivo, y que pretende el demandante utilizar en este proceso como prueba documental, determinen que mi representada no canceló la suma de dinero que relaciona en el hecho, pues en su momento el objeto de la prueba era realizar un levantamiento de la información, y el monto que menciona el demandante, fue objetado parcial o totalmente por mi representada, con las razones de hecho y de derecho de cada caso en concreto. Por esa razón no se puede tomar con ligereza el planteamiento del demandante, ya que desconoce las razones de fondo que notificó mi representada para no reconocer el pago de la indemnización.

AL HECHO 8: NO ES CIERTO que los dictámenes periciales que fueron practicados en el proceso ejecutivo, y que pretende el demandante utilizar en este proceso como prueba documental, determinen que mi representada no canceló la suma de dinero que relaciona en el hecho, pues en su momento el objeto de la prueba era realizar un levantamiento de la información, y el monto que menciona el demandante, fue objetado parcial o totalmente por mi representada, con las razones de hecho y de derecho de cada caso en concreto. Por esa razón no se puede tomar con ligereza el planteamiento del demandante, ya que desconoce las razones de fondo que notificó mi representada para no reconocer el pago de la indemnización.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:

Me opongo a que se accedan a las pretensiones de la demanda por las siguientes razones, que en forma más amplia expondré al formular las excepciones de mérito:

- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidente de tránsito con cargo al SOAT se encuentran prescritas.
- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidente de tránsito fueron oportunamente objetadas parcialmente porque su pago no era procedente.
- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidentes de tránsito fueron objetadas por el asegurador, porque no procedía su pago, bien fuera porque no aconteció un accidente de tránsito, o el vehículo asegurado con el SOAT no estuvo involucrado en el mismo o la cobertura del amparo se agotó.
- Las reclamaciones por atención a víctimas de accidente de tránsito fueron pagadas extinguiéndose la obligación a cargo del asegurador.

EXCEPCIONES DE MERITO PRINCIPALES:

1. PRESCRIPCIÓN:

La CLÍNICA JALLER S.A.S., con la presente demanda pretende el pago de varias reclamaciones generadas como consecuencia de la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios proporcionados a pacientes lesionados en accidentes de tránsito amparados por pólizas SOAT expedidas por la sociedad SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se encuentra regulado en el Decreto 056 de 2.015, 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 del Código de Comercio.

Respecto a la prescripción de las acciones derivadas del contrato del Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito, se resalta lo siguiente:

En la Parte VI, Capítulo IV del Estatuto Orgánico Financiero, por remisión expresa del artículo 192 numeral 4 de dicho Estatuto, se establece: “**Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito.** En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto.”

A su vez, de manera específica, el Decreto 056 de 2.015 (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 111 y 412, definen las reglas relativas a la prescripción respecto de los prestadores de servicios de salud, en relación con las reclamaciones por las atenciones, las cuales, igualmente, remiten expresamente al artículo 1081 del Código de Comercio.

Ahora bien, 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. Establece la norma en referencia:

“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.”.

Por su parte el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, 780 de 2016 compilatorio del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, fue más allá de lo establecido en la norma y estableció a partir de cuándo empieza a correr el término de prescripción, estableciendo lo siguiente:

Sección 4. Otras condiciones generales del SOAT

Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

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

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

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

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

¹ “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.”

² El numeral 1 del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, dispone:

“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”.

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

Respecto de la prescripción de las acciones para el cobro de las atenciones en salud de víctimas de accidentes de tránsito cubiertas por el SOAT, la Superintendencia de Salud ha emitido diferentes conceptos, los cuales han sido reiterativos en indicar, que el fenómeno de la prescripción se regula por el artículo 1081 del Código de Comercio, así como también, la fecha a partir de la cual se inicia el computo de tal término:

- El 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”.**

- Concepto 2013070104-002 del 18 de septiembre de 2013, indicó:

Síntesis: Con relación al fenómeno de la prescripción en las reclamaciones presentadas ante las compañías aseguradoras por concepto de servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, al no encontrarse prevista una norma sobre el particular en el régimen del SOAT, resulta aplicable el artículo 1081 Código de Comercio sobre prescripción de acciones en materia de seguros, por virtud de la remisión expresa realizada por el artículo 192 numeral 4 del EOSF a las normas que regulan el contrato de seguro terrestre.

«(...) comunicación mediante la cual solicita concepto jurídico acerca de la prescripción y caducidad de facturas por servicios de salud cuyo pago debe ser realizado por EPS, EPSS y aseguradoras.

En atención al objeto de su consulta, debemos aclararle el alcance del pronunciamiento de esta Superintendencia, el cual se refiere a los aspectos concernientes a las prestaciones asumidas por las aseguradoras, específicamente en relación con el funcionamiento del seguro obligatorio para daños corporales causados a las personas por accidentes de tránsito (SOAT), conforme a la regulación establecida en el Capítulo IV de la Parte Sexta, artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF) y demás disposiciones que la modifican o adicionan.

Lo anterior, teniendo en cuenta las funciones que el artículo 326 numeral 2 del EOSF asigna a éste Organismo respecto de la actividad de las entidades sometidas a su vigilancia, y que su competencia

sobre las entidades promotoras de salud se circunscribe a la supervisión de la administración de los riesgos financieros por parte de estas (artículo 14 de la ley 1122 de 2007 y artículo 1° del Decreto 4185 de 2011).

Efectuadas las anteriores precisiones, es importante manifestar que en distintas oportunidades ésta Superintendencia se ha referido al fenómeno de la prescripción de las reclamaciones presentadas ante las compañías aseguradoras por concepto de servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, indicando que al no encontrarse prevista una norma sobre el particular en el régimen del SOAT, resulta aplicable el artículo 1081 Código de Comercio sobre prescripción de acciones en materia de seguros, por virtud de la remisión expresa realizada por el artículo 192 numeral 4 del EOSF a las normas que regulan el contrato de seguro terrestre.

El mencionado artículo 1081 establece las directrices para determinar cuándo empiezan a correr los términos de prescripción, distinguiendo entre el momento en que “el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción” (prescripción ordinaria) y; aquél “en que nace el respectivo derecho”, independientemente de cualquier circunstancia y aún cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho (prescripción extraordinaria).

De otra parte, a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar el aspecto relativo a su interrupción. Como quiera que el Código de Comercio no regula éste fenómeno, en virtud de la remisión expresa consignada en el artículo 822 del mencionado Código, se debe acudir a las normas generales del derecho civil que señalan cómo se interrumpen los términos de prescripción, éstas se encuentran consignadas en el artículo 2539 del Código Civil y en el artículo 94 del Código General del Proceso.

(...).»

- 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”

Es tan claro que el término de prescripción en las acciones derivadas del SOAT es de 2 años y su computo se hace desde un momento diferente según el amparo que se pretenda afectar, de acuerdo con lo indicado en el Artículo 41 del referido Decreto, que la Corte Constitucional en sentencia T-160A-19, con ponencia del Dr. Luis Guillermo Guerrero Pérez, en la cual se resolvió la controversia sobre el término prescriptivo sobre el amparo de muerte del SOAT. En esta sentencia, el referido órgano señala que el término prescriptivo de las acciones derivadas del SOAT es de 2 años y que se computa en momentos diferentes de acuerdo al amparo que se pretenda afectar. Indicó la Corte:

“Por su parte, el citado artículo 1081 consagra que la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen puede ser ordinaria —aquella en la que se contabilizan dos años desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción—, o extraordinaria —en virtud de la cual se cuentan cinco años a partir del momento en que nace el respectivo derecho, y corre contra toda clase de personas—.

Sin embargo, a pesar de que en dicha norma el Código de Comercio estableció parámetros generales de temporalidad a partir de los cuales se debe contabilizar la prescripción, el artículo 41 del Decreto 56 de 2015, al definir ciertas condiciones aplicables a la póliza del SOAT, especificó el momento exacto desde el cual se tiene que contabilizar el término para solicitar la indemnización por incapacidad permanente. Puntualmente, dispuso que los beneficiarios de dicha prestación económica deben presentar su reclamación, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de “[l]a fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral”.

Por demás, no sobra aclarar que esta última disposición guarda correspondencia con distintos pronunciamientos en los que, en casos fácticamente similares, esta Corporación ha sostenido que, para efectos de reclamar la cobertura de distintas pólizas de seguro, el término de prescripción de la solicitud solo se puede contabilizar a partir del conocimiento del estado de invalidez o la incapacidad permanente calificada. Al respecto, sentencias como la T-309A, T-557 y T-662 de 2013 coinciden en que la cobertura de los seguros que amparan aquellos riesgos pende del dictamen de la Junta de Invalidez correspondiente, pues el hecho fundamental que da base a la reclamación es la pérdida de capacidad laboral u ocupacional declarada, tanto así que sin dicha calificación un beneficiario estaría imposibilitado para presentar la reclamación, pues es a partir de la valoración técnica que se sabe con certeza si la persona tiene derecho, o no, a reclamar el pago de la póliza.

En torno a este punto, y en relación con las pólizas de SOAT, la Sala advierte que si bien el accidente de tránsito es el requisito sine qua non para que la operación del seguro se pueda activar, el reclamo de la indemnización aludida solo procede si la víctima de aquel suceso, como consecuencia de ese acontecimiento, sufre una incapacidad permanente calificada. Por ende, es apenas razonable que el término para presentar la solicitud cuente a partir de que se conozca dicha calificación, en la medida en que el hecho que da base a la solicitud de la prestación económica es

la incapacidad permanente dictaminada, y no el acaecimiento del siniestro en sí mismo, pues, por ejemplo, puede que un accidente de tránsito no genere ningún tipo de secuela física o porcentaje de pérdida de capacidad en la víctima, caso en el cual, a pesar de la ocurrencia del accidente, la persona no tendría derecho al pago de la indemnización por incapacidad permanente.

Ahora bien, aunque el término para presentar dicha reclamación económica ante la compañía de seguros que opera el SOAT se debe contar a partir de la fecha en que adquiere firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la norma también establece, tal y como ya se mencionó, que entre la ocurrencia del accidente de tránsito y la solicitud de calificación de la invalidez no pueden transcurrir más de dieciocho meses calendario, so pena de que la solicitud se rechace.

Dicho lo anterior, en relación con ese asunto se debe tener en cuenta: (i) que cuando la víctima del accidente de tránsito requiere el dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar ante la compañía de seguros que opera el SOAT la indemnización por incapacidad permanente, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actúan como peritos en única instancia, pues contra sus dictámenes no proceden recursos ; y (ii) que en esos casos la solicitud de calificación ante la junta la presenta la compañía de seguros , quien además debe asumir los honorarios de aquella .

Por ese motivo, si antes de los dieciocho meses siguientes al accidente de tránsito la víctima solicita a la compañía de seguros adelantar las gestiones pertinentes para calificar el grado de invalidez ocasionado por el siniestro, pero esta última dilata caprichosamente el proceso y presenta la solicitud de calificación a la junta por fuera de dicho término, no podría objetar la reclamación de la indemnización aduciendo aquella extemporaneidad, pues estaría alegando a su favor la propia culpa y obteniendo provecho de una demora infundada, es decir, de un retraso que no resultaría imputable a la víctima cuando esta acude en tiempo a la compañía de seguros, ya que la solicitud de calificación ante la junta, así como el pago de sus honorarios, son deberes en cabeza de la aseguradora que, en esa medida, exigen —por parte de la entidad— un cumplimiento diligente, oportuno y desprovisto de actuaciones contrarias a la buena fe, conforme reza el artículo 83 superior .

De las pruebas y los antecedentes relacionados en esta providencia, se desprende: (i) que la aseguradora accionada objetó la reclamación de la indemnización, pues advirtió que la tutelante formuló la solicitud fuera del término de prescripción ordinaria establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de la fecha del accidente de tránsito; y (ii) que si bien la demandante solicitó a Seguros del Estado S.A. adelantar los trámites correspondientes para calificar el grado de su incapacidad dieciséis meses después de aquel siniestro, la aseguradora, luego de que negó dicho requerimiento argumentando que no estaba obligada a atender la petición y propició un trámite de tutela previo en el que se le ordenó el pago de los honorarios a la Junta, terminó presentando la solicitud de calificación casi dos años después del accidente.

Así las cosas, con fundamento en las consideraciones expuestas a lo largo de esta sentencia, y dado que la aseguradora demandada no contó, conforme lo exige la normatividad aplicable, el término de

prescripción para presentar la reclamación económica a partir de la fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la Sala advierte que, de haberlo hecho así, se hubiese tenido como fecha límite para presentar la solicitud de indemnización el día 10 de febrero de 2020 —es decir, dos años contabilizados a partir del dictamen— y, por ende, la reclamación no hubiere podido ser rechazada aduciendo su prescripción ordinaria.”

Las IPS prestan servicios médicos amparados por las pólizas SOAT, se tiene que el hecho que da base a la acción se da en el momento propio de la atención médica que se presta, y, por tanto, el término de prescripción se cuenta desde la fecha de la atención misma o de aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud el paciente, porque es a partir de allí que la IPS tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro, y, en consecuencia, comienza a correr el término de prescripción ordinaria para hacer la reclamación.

En los conceptos de la Superintendencia de Salud citados, se indicó que a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar la interrupción del término de la prescripción. Precisando que, si bien es cierto que el Código de Comercio no regula la interrupción o suspensión de este fenómeno, en virtud de la remisión expresa del artículo 822 ibidem, se debe dar aplicación a las normas generales del derecho civil que regulan la manera como opera la interrupción de los términos de prescripción, éstas se encuentran consagradas en el Artículo 2.539³ del Código Civil y en el Artículo 94⁴ del Código General del Proceso.

Es de resaltar al despacho que 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; o naturalmente, por el hecho de reconocer el deudor la obligación, es decir, al momento en que el asegurador asume el pago de la indemnización o desde el momento en que la IPS formula la reclamación acompañada de los documentos necesarios para demostrar el siniestro y la cuantía.

por lo tanto si al verificar las reclamaciones que la parte demandante acompaña para acreditar la existencia de la obligación por la suma pretendida, podrá constatar que existen reclamaciones que datan del año 2.015 y 2.016, es decir, con más de 2 años, y si bien el término de prescripción pudo haberse interrumpido, esta interrupción no tuvo el efecto buscado, toda vez que entre la fecha de la reclamación y la fecha de presentación de la demanda (21 enero de 2020) transcurrieron más de 2 años.

³ “La prescripción que extingue las acciones ajenas, puede interrumpirse, ya natural, ya civilmente. Se interrumpe naturalmente por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa, ya tácitamente. Se interrumpe civilmente por la demanda judicial; salvo los casos enumerados en el artículo 2524.”

⁴ “La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.”

En el caso objeto de estudio, las reclamaciones que se relacionan en el EXCEL No. 1, denominado PRESCRIPCION, pretendidas por la parte demandante, se encuentran prescritas teniendo en cuenta que entre la reclamación presentada por la CLÍNICA JALLER S.A.S., a la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., y la presentación de la demanda, han transcurrido más de 2 años, sin haber ejercido las acciones derivadas del contrato de seguro obligatorio de accidente de tránsito.

Ahora bien, el apoderado de la parte demandante aporta parte del proceso ejecutivo singular que presentó contra mi representada, radicado 08001315301020170025400, que cursó en el Juzgado 10 Civil del Circuito de Barranquilla, con el propósito de inducir en error al despacho, cuando manifiesta que en el presente asunto operó el fenómeno de la interrupción de la prescripción, omitiendo tener en cuenta lo establecido en el artículo 95 del CGP que se refiere a la **ineficacia de la interrupción de la prescripción y operancia de la caducidad**, así:

“No se considerará interrumpida la prescripción y operará la caducidad en los siguientes casos: (...)

3. Cuando el proceso termine con sentencia que absuelva al demandado. (...)” (Negrilla y subrayado fuera del texto original)

Dentro del caso que nos ocupa tenemos que el proceso bajo radicado 08001315301020170025400, que cursó en el Juzgado 10 Civil del Circuito de Barranquilla, terminó con sentencia de segunda instancia absolutoria a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., de fecha 18 de octubre de 2019, proferida por el Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Segunda de Decisión Civil Familia, como Magistrado ponente Dr. Alfredo Castilla Torres radicado interno 41.806, la cual resolvió lo siguiente:

“Primero: Revocar la sentencia de fecha septiembre 5 del 2018 proferida por el JUEZ DECIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA la cual quedará así:

Primero: Declarar probada la excepción de mérito de ausencia de exigibilidad de las facturas por no acreditarse el título complejo frente a todas y cada una de las facturas arrojadas el expediente planteada por la demandada SEGUROS GENERALES SURAMERICANA SA;

Segundo: No seguir adelante la ejecución contra la demandada SEGURO GENERALES SURAMERICANA SA;

Tercero, Decretar el levantamiento de las medidas cautelares si las hubiere.

Segundo: Condene al pago de costas de ambas instancias a la parte demandante. Estímese a las agencias en derecho de la de la segunda instancia en la suma de dos millones de pesos.”

De lo anterior podemos concluir, que se debe dar aplicación del numeral 3 del artículo 95 del C.G.P., toda vez que existe sentencia absolutoria a favor de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., por lo tanto se ha de declarar la ineficacia de la interrupción de la prescripción que pretende argumentar el demandante.

No obstante a lo anterior tenemos que el artículo 430 del C.G.P., reza lo siguiente:

“MANDAMIENTO DE PAGO: Presentada la demanda acompañada de documento que preste mérito ejecutivo, el juez librará mandamiento ordenando al demandado que cumpla la obligación en la forma pedida, si fuere procedente, o en la que aquel considere legal.

Los requisitos formales del título ejecutivo sólo podrán discutirse mediante recurso de reposición contra el mandamiento ejecutivo. No se admitirá ninguna controversia sobre los requisitos del título que no haya sido planteada por medio de dicho recurso. En consecuencia, los defectos formales del título ejecutivo no podrán reconocerse o declararse por el juez en la sentencia o en el auto que ordene seguir adelante la ejecución, según fuere el caso.

Cuando como consecuencia del recurso de reposición el juez revoque el mandamiento de pago por ausencia de los requisitos del título ejecutivo, el demandante, dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria del auto, podrá presentar demanda ante el juez para que se adelante proceso declarativo dentro del mismo expediente, sin que haya lugar a nuevo reparto.

El juez se pronunciará sobre la demanda declarativa y, si la admite, ordenará notificar por estado a quien ya estuviese vinculado en el proceso ejecutivo.

Vencido el plazo previsto en el inciso anterior, la demanda podrá formularse en proceso separado.

De presentarse en tiempo la demanda declarativa, en el nuevo proceso seguirá teniendo vigencia la interrupción de la prescripción y la inoperancia de la caducidad generados en el proceso ejecutivo.

El trámite de la demanda declarativa no impedirá formular y tramitar el incidente de liquidación de perjuicios en contra del demandante, si a ello hubiere lugar. (Negrilla y Subrayado fuera del texto original)

Según el mencionado artículo, una vez revocado el mandamiento, el demandante en el proceso ejecutivo fallido tiene dos opciones:

- Presentar demanda declarativa, dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria del auto que revoca el mandamiento ejecutivo, ante el juez para que se adelante proceso declarativo dentro del mismo expediente, sin que haya lugar a nuevo reparto.
- Presentar demanda declarativa en proceso separado, pasados los 5 días siguientes a la ejecutoria del auto que revoca el mandamiento ejecutivo, por lo cual la demanda debe ser presentada ante el juez competente según las reglas generales y ser sometida a reparto.

Ante estas dos posibilidades, el legislador decidió brindar un beneficio al demandante que en el término de 5 días presente la respectiva demanda declarativa, por lo cual en el nuevo proceso (declarativo) seguirá

teniendo vigencia la interrupción de la prescripción y la inoperancia de la caducidad generados en el proceso ejecutivo.

El doctrinante Hernán Fabio López Blanco en su texto Instituciones de derecho procesal civil, Parte Especial, desarrolla lo planteado en el artículo 430 del código general del proceso. Según el autor, la subsistencia en la demanda declarativa de la interrupción de la prescripción originada en el proceso ejecutivo sólo se predica de la demanda presentada dentro de los 5 días siguientes, es decir, que no se predica de la demanda declarativa presentada por fuera de este término.

Siendo así las cosas dentro del presente proceso, tampoco se le puede dar aplicación al Inc. 5 del artículo 430 del C.G.P., teniendo en cuenta lo siguiente:

1. La revocatoria del mandamiento ejecutivo no fue mediante recurso, sino fue por sentencia judicial debidamente ejecutoriada de fecha 18 de octubre de 2019, por lo que no cumple el requisito del Inc. 3 del artículo 430 C.G.P., que dice: ... *“Cuando como consecuencia **del recurso de reposición** el juez revoque el mandamiento de pago por ausencia de los requisitos del título ejecutivo”*.
2. Ahora bien, la aplicación del Inc. 5, solo opera para las demandas declarativas que fueran presentadas dentro de los 5 días siguientes al auto de revocatoria de auto que libra mandamiento de pago, ante el mismo juez que conoció el ejecutivo singular, esto es el Juzgado 10 Civil del Circuito de Barranquilla.

Siendo así las cosas, el despacho debe tener en cuenta que no se puede dar aplicación a una norma general cuando, existe una norma específica, como es en el caso en particular.

En cuadro adjunto denominado EXCEL 1, se relacionan las reclamaciones presentadas por CLÍNICA JALLER S.A.S., que se encuentran prescritas. El Despacho podrá identificar las reclamaciones por el número de la factura, que en resumen son todas las que se encuentran dentro del presente proceso.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS, entrando a la carpeta ANEXO 1 del LINK.

De acuerdo con los argumentos expuestos, deberá el Despacho DECLARAR PROBADA LA EXCEPCIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL SEGURO SOAT, de aquellas reclamaciones cuya fecha de presentación a la aseguradora, y la fecha de presentación de la demanda, transcurrieron más de 2 años, tal y como ocurre con todas las facturas que se están reclamando en el presente proceso.

- 2. NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO:**

A lo largo del presente escrito, se ha venido explicando cómo es el funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), pero con el propósito de dar una noción clara del funcionamiento de este tipo de seguro, y sustentar la presente excepción, procederé a dar una breve y clara explicación del trámite que debe realizar la IPS CLINICA JALLER S.A.S. ante la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

Conforme lo establece el Artículo 8 del Decreto 056 de 2.015, la IPS 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, así:

“Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, (...), el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos (...) a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.”

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establece el trámite que debe surtir la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, indicando que ésta debe presentar una reclamación a la aseguradora, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales y su cuantía, es decir, que la IPS debe acreditar su derecho ante la compañía aseguradora conforme lo establece el Artículo 1.077 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, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al 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.”

Así mismo, el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, establece:

“(…) Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario **acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio**. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

Concordancia, ver artículo 38 decreto 056 de 2015 (Negrilla y Subrayado fuera del texto original)

Estas normas deben ser leídas e interpretadas en concordancia con lo dispuesto por los Artículos 26, 31, 32 y 36 del Decreto 056 de 2.015, que establecen la documentación necesaria para la presentación por parte de las IPS, de las reclamaciones por la prestación del servicio de salud con cargo al SOAT, regulando 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, así:

*“(…) **Artículo 26.** Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:*

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

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 31 y 32 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

(…)

4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del presente decreto.

5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS. (…)”

*“(…) **Artículo 31.** Para los efectos del presente decreto la epicrisis debe contener como mínimo los siguientes datos:*

- 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*

Parágrafo 1°. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario. (...)”

*“(…) **Artículo 32.** Para los efectos del presente decreto el resumen clínico de atención se diligenciará para servicios de salud ambulatorios y debe contener como mínimo los siguientes datos:*

- 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.

Parágrafo 1°. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a los resúmenes clínicos de atención que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario.

Artículo 33. *La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes. (...)*

“(...) Artículo 36. Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este decreto y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, dichas entidades podrán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas, con aquellos disponibles en la base de datos SII ECAT, la base

de pólizas expedidas y pagos realizados por las aseguradoras, y la base de datos de indemnizaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre otras.

Parágrafo 1°. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes.

Parágrafo 2°. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo 6° de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo 131 de la citada ley.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

Cuando en los accidentes participen dos o más vehículos y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el presente numeral para el caso de vehículos asegurados, pero el importe correspondiente a la indemnización de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago que a los terceros correspondería estará a cargo del Fondo de que trata el artículo 198 numeral 1o. del presente Estatuto. (...)”

En el caso objeto de estudio, algunas de las reclamaciones que se relacionan en la demanda, carecen de los documentos que se deben acompañar con la facturas, que soportan la atención a la víctima por parte de la IPS, como por ejemplo, en el evento en que se haya realizado una radiografía, se debe allegar la lectura de la ayuda diagnóstica, pues no solo basta con aportar la historia clínica, también se debe aportar, el soporte de la misma, situación que no ocurre en este caso, pues el demandante, no aportó los documentos establecido en el artículo 30 del decreto 056 del 2015.

EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS

3. **IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA, POR HABER SIDO OBJETADA TOTALMENTE POR NO CORRESPONDER A UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO:**

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, hace referencia a una norma que para el análisis que haga el juez resulta de vital importancia, y es el Artículo 1.077 del Código de Comercio, normas que establecen 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.

La CLÍNICA JALLER S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

- Que el hecho que generó la atención médica no era un accidente de tránsito.

En este caso en particular se objetó parcialmente la reclamación presentada por la CLÍNICA JALLER S.A.S., en algunos casos, pues mi representada, acreditó situaciones que llevaron a esa objeción, por lo que la hoy demandante debía presentar las explicaciones pertinentes que aclararan el punto objeto de controversia.

La CLÍNICA JALLER S.A.S., en algunos de los casos objetados parcialmente presentó las respectivas explicaciones, siendo estas satisfactorias para la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., por lo que ésta procedió al pago de los conceptos que hubiesen sido aclarados y en el cuadro general adjunto encontrará el Despacho que en algunas reclamaciones existen varios pagos en favor de la CLÍNICA JALLER S.A.S., y esos pagos obedecen a que debido a la explicación de la demandante a la objeción parcial el asegurador las encontró satisfactorias y procedió a realizar el pago de algunos conceptos que había negado, pero respecto de aquellos que no fueron aclarados o frente a los que la IPS guardó silencio, se ratificó la negativa de pago, debiendo una autoridad judicial definir el reconocimiento y pago de estos.

En los casos en que se objetó totalmente porque se logró establecer que las lesiones padecidas por la víctima no eran consecuencia de un accidente de tránsito, la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., expuso las razones por las cuales consideraba no era un accidente de tránsito y no había lugar al pago.

En relación a la investigación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar del hecho en que resultó lesionada la persona y que llevo a la prestación del servicio médico, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., realiza una verificación para constatar si se está en presencia de un accidente de tránsito; para tal efecto mi representada celebró un contrato con firmas de investigaciones de accidentes de tránsito, quien con personal experto realiza una investigación con la víctima del hecho y con los tomadores de los SOAT, para establecer si efectivamente las lesiones que motivaron la atención médica, fueron ocasionadas en un accidente que según la norma pudo ser considerado como accidente de tránsito.

La investigadora, al verificar alguna de las situaciones descritas, presenta a la aseguradora un informe que contiene las investigaciones y las pruebas de dichas investigaciones (versión víctima y asegurado, fotografías, verificaciones de la forma como ocurrió el accidente, entre otras), que le permiten a mi representada objetar de manera total la reclamación presentada por la IPS.

Conforme con lo establecido por el Artículo 2º de la Ley 769 de 2.002 y el numeral 1 del Artículo 3 del Decreto 056 del 2.015, se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido al menos un vehículo automotor en movimiento, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que, como consecuencia de su circulación o tránsito, o que, por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito, cause daño en la integridad física de las personas.

No se entiende como accidente de tránsito aquel producido por la participación del vehículo en actividades o competencias deportivas, por lo cual los daños causados a las personas en tales eventos serán asegurados y cubiertos por una póliza independiente.

De la anterior definición se colige que para que se configure un accidente de tránsito se deben dar los siguientes presupuestos: i.) Que ocurra en el territorio nacional; ii.) que involucre al menos un vehículo automotor; iii.) que el automotor cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas y; iv.) que el daño causado se produzca con ocasión del tránsito o movilización por una vía del vehículo automotor involucrado.

La CLÍNICA JALLER S.A.S., pretende en el caso objeto de estudio se obligue a la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., a realizar el pago de algunos casos que fueron reclamados con fundamento en el seguro obligatorio de accidente de tránsito, que esta última objetó al verificar que no se estaba en presencia de un accidente de tránsito, es decir, que no tenían cobertura.

Aclarada la definición de accidente de tránsito y los presupuestos necesarios para que se presenten este tipo de eventos, resulta procedente saber qué entiende la normativa actual por automotor, para poder determinar cuáles son los vehículos que en Colombia están obligados a adquirir el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y en que eventos se puede utilizar este tipo de seguro para cubrir las consecuencias de un accidente, pues no todo accidente en que esté involucrado un automotor puede ser considerado como un accidente de tránsito. La noción perseguida se encuentra establecida en el numeral 6 del Artículo 3 del Decreto 056 de 2.015, la cual es congruente con la definición dada por el legislador colombiano en el numeral 3 del Artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, norma que indica:

De conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado.

No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

Ahora bien, de la definición que trae la ley de accidente de tránsito, se colige un concepto que es necesario analizar como el concepto de vía, pues es una circunstancia de lugar que debe ser tomada en cuenta para determinar si se está ante la presencia de un accidente de tránsito o no. El Decreto 056 de 2.015 trae la noción de vía estableciendo que: *De conformidad con lo establecido en la Ley 769 de 2002, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, entiéndase por vía toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.*

De lo anterior podemos concluir que, para que el accidente sea cubierto por el SOAT, este debe ocurrir en una vía pública o privada que esté abierta al público, lo que quiere decir que si se trata de una vía que cuenta con algún tipo de restricción o en la cual no se puede transitar de manera libre sin una autorización previa, esta no encaja en la noción que trae la norma, por lo que no resulta objeto de cobertura por el SOAT.

Luego de realizar el análisis normativo con el cual se busca aclarar al Despacho los conceptos relevantes al interior del significado de la expresión accidente de tránsito, podemos concluir que cuando se presenten los siguientes eventos no estamos frente a un accidente de tránsito y, consecuentemente, no habría cobertura del SOAT:

- i. Cuando una persona sufra un accidente doméstico, laboral o de cualquier otro tipo, donde no se vea involucrado vehículo alguno, pero que, no obstante conocer esas circunstancias se busque la atención médica por medio del SOAT, lo que claramente es una causal de objeción total.
- ii. Cuando en el accidente participe un vehículo que no esté catalogado como vehículo automotor, como lo trae el numeral 3° del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.
- iii. Cuando el vehículo automotor se encuentra detenido o es movilizado de manera irregular, esto es, no se utiliza el motor de este para circular; teniendo en cuenta que es esto lo que le da la categoría de vehículo automotor; no se puede considerar un accidente de tránsito.
- iv. Cuando el accidente ocurre en una vía de carácter privada con restricción para su ingreso.
- v. Cuando el daño se produzca directamente por la caída del vehículo automotor sobre la persona sin que este en movimiento o por un choque de la persona con un vehículo que se encuentre detenido.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., al examinar las reclamaciones presentadas por CLÍNICA JALLER S.A.S., y teniendo el informe presentado por la firma investigadora, obtuvo establecer que el accidente que se pretendía catalogar como de tránsito no tenía las características de este tipo de evento, porque en la situaciones de tiempo modo o lugar no estuvo involucrado un vehículo en movimiento o aconteció en una vía privada con restricciones para su ingreso, logrando establecer que correspondían a un accidente doméstico, laboral o de otro tipo, y que lo que se estaba haciendo, era aparentar como un accidente de tránsito para obtener las prestaciones económicas por atenciones médicas. Es así como accidentes

sufridos por las víctimas al interior de sus viviendas, sufridos por peatones al caer en andenes, calles, caños, accidentes sufridos por personas al transitar por espacios comerciales, lugares de trabajo o colisiones de peatones contra vehículos detenidos o lesiones sufridas por la caída de motocicletas o vehículos cuando se están reparando, se pretendieron convertir en accidentes de tránsito donde no estuvo involucrado un vehículo asegurado con SOAT, siendo el único objetivo obligar erróneamente al sistema del SOAT, dar cobertura a atenciones médicas de víctimas de accidentes de tránsito.

En muchas de las reclamaciones donde CLÍNICA JALLER S.A.S., brindó atención médica a esas víctimas de accidentes que no correspondían a tránsito, con la labor investigativa, se logró establecer que la versión inicial que indicaba que había ocurrido un accidente de tránsito, no correspondía a la realidad y que las lesiones se habían sufrido en otro tipo de eventos no amparados por el SOAT.

En el EXCEL No. 2 adjunto, se relacionan todas las reclamaciones que mi representada objetó de manera total a CLÍNICA JALLER S.A.S., porque se logró establecer que el evento, que generó las lesiones atendidas, no fue un accidente de tránsito, como es el caso de las siguientes reclamaciones: 96806, 102189, 106263, 106488, 107365, 107417, 107697, 107993, 109359.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS, entrando a la carpeta ANEXO 1 del LINK.

4. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA, POR HABER SIDO OBJETADA TOTALMENTE POR CORRESPONDER A EVENTO DE PÓLIZA PRESTADA:

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero hace referencia a una norma que para el análisis que haga el juez resulta de vital importancia, y es el Artículo 1.077 del Código de Comercio, normas que establecen 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.

La CLÍNICA JALLER S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., las objetó totalmente, debido a que se pudo establecer:

- 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 de tránsito.

Dentro de las reclamaciones que nos ocupan en el presente proceso, se dieron casos en los cuales, si bien correspondieron a accidentes de tránsito, los vehículos involucrados no tenían una póliza de SOAT, por lo

que las personas involucradas, para buscar atención médica de las víctimas, utilizaron una póliza de otro vehículo, por lo que es claro que la obligación no se encuentra en cabeza del asegurador, pues el vehículo no hizo parte del accidente, y lo que debía realizar la IPS, era proceder a reclamar los gastos médicos al ADRES, conforme lo establece el inciso 2 del numeral 5 del Artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

En relación a la investigación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar del hecho en que resultó lesionada la persona y que llevo a la prestación del servicio médico, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., realiza una verificación para constatar si se está en presencia de un accidente de tránsito y si realmente existió una intervención del vehículo asegurado en el hecho; para tal efecto mi representada celebró un contrato con firmas de investigaciones de accidentes de tránsito, quien con personal experto realiza una investigación con la víctima del hecho y con los tomadores de los SOAT, para establecer si ocurrió un accidente de tránsito, y que las lesiones tienen origen en este, además de establecer, si el vehículo involucrado en el hecho, se encontraba o no asegurado por la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

La investigadora, al verificar alguna de las situaciones descritas, presenta a la aseguradora un informe que contiene las investigaciones y las pruebas de dichas investigaciones (versión víctima y asegurado, fotografías, verificaciones de la forma como ocurrió el accidente, entre otras), que le permiten a mi representada objetar de manera total la reclamación presentada por la IPS.

No obstante a lo anterior, tenemos que frente a las reclamaciones efectuadas por la CLÍNICA JALLER S.A.S., la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., encomendó a la firma investigadora IQ, la verificación de si el vehículo que se afirmaba había intervenido en el accidente de tránsito era el que había ocasionado las lesiones que motivaron la atención médica cuyo pago se reclamaba, y esta firma en todos y cada uno de los casos realizó trabajo de campo entrevistando al lesionado y al tomador del seguro con el fin de constatar la participación del vehículo en el accidente, encontrando que si bien las personas lesionadas se movilizaban en un vehículo y que habían sufrido lesiones en un accidente de tránsito, ese vehículo no era el asegurado por mi representada, sino que era un vehículo que no contaba con SOAT y que la víctima para obtener la atención médica que requería había logrado, que le fuese prestado el SOAT de un vehículo asegurado por mi representada para su ingreso a la IPS, es decir que con el fin de obtener la atención médica utilizó el SOAT de un vehículo que no estuvo involucrado en el accidente, lo que constituye una defraudación al sistema y por ende la imposibilidad de pago por parte de mi representada ya que ello debía ser asumido por el ADRES.

En el EXCEL No. 3, encontrará el Despacho las reclamaciones que CLÍNICA JALLER S.A.S., incluyó en la demanda, respecto de las cuales se estableció que el vehículo asegurado por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., no intervino en el accidente y que el vehículo que lo generó no contaba con póliza SOAT y en la prueba documental que se aporta con este escrito, encontrará que cada reclamación tiene el sustento de la objeción, como es el caso de las siguientes: 102015, 105326, 107322, 107613, 107846, 108284, 108552, 109286, 109293, 109732, 110302, 110312, 110356, 110439, 111657, 111753.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS, entrando a la carpeta ANEXO 1 del LINK.

5. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA, POR HABER SIDO OBJETADA POR PRESENTARSE UN AGOTAMIENTO DE LA COBERTURA O TOPE MAXIMO:

La CLÍNICA JALLER S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

- Que hubo un agotamiento del límite del valor asegurado por el SOAT para el amparo de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios

El Artículo 9 del Decreto 056 de 2.015 establece el límite máximo de la cobertura del SOAT por la prestación del servicio médico por parte de una IPS con ocasión de la ocurrencia de un accidente de tránsito, indicando:

Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista o de otro evento aprobado, serán cubiertas por la compañía aseguradora del SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, así:

1. Por la compañía aseguradora, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smlgv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito. (...)

La compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., una vez recibió las reclamaciones que hoy son objeto de la pretensión de la demanda, procedió a hacer un estudio de la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima y la cuantía reclamada, conforme lo establece el Artículo 36 del tan mencionado Decreto y el Artículo 1.077 del Código de Comercio, realizado este análisis mi representada procedió a realizar los respectivos pagos, conforme el límite máximo asegurado, y si en el referido estudio la aseguradora encontró que el límite asegurado se encontraba agotado, procedió a objetar la reclamación por agotamiento de la cobertura.

Es importante mencionar que una vez se da ese agotamiento de la cobertura, los pagos a la IPS prestadora del servicio deben ser asumidos por la E.P.S. (régimen contributivo o subsidiado), a la que se encuentre afiliada la víctima o tratándose de un accidente de trabajo, por la respectiva ARL; esto conforme con lo establecido por el Parágrafo 1º del Artículo 9 del Decreto 056 de 2.015. Ahora bien, si se trata de población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez se superen los topes del SOAT, este tipo de personas tendrán derecho a la prestación del servicio médico por parte de la IPS que tenga contrato

con la entidad territorial para este tipo de coberturas; este supuesto es establecido por el Parágrafo 2º de la norma en mención. Las normas referidas rezan:

“Parágrafo 1º. Los pagos por los servicios de salud que excedan los topes de cobertura establecidos en el presente artículo, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo o Subsidiado a la que se encuentra afiliada la víctima, por la entidad que administre el régimen exceptuado de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 cuando la víctima pertenezca al mismo, o por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral.

Cuando se trate de población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez superados los topes, dicha población tendrá derecho a la atención en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas que tengan contrato con la entidad territorial para el efecto. En estos casos, el prestador de servicios de salud, informará de tal situación a la Dirección Distrital o Departamental de Salud que le haya habilitado sus servicios para que proceda a adelantar los trámites de afiliación, de conformidad con las reglas establecidas en la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 1122 de 2007 y el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.”

De los asuntos reclamados por CLÍNICA JALLER S.A.S., que se encuentran relacionados en el EXCEL 4, algunos fueron objetados por el agotamiento total de la cobertura, los cuales conforme a las normas citadas estarán a cargo de la E.P.S., A.R.L., o la entidad que preste los servicios y no a cargo de mi representada, como es el caso de las siguientes reclamaciones 93294, 93678, 95612, 96370, 103627.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS, entrando a la carpeta ANEXO 1 del LINK.

6. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA, POR HABER SIDO OBJETADA POR FALTA DE PERTINENCIA DE LA ATENCIÓN PRESTADA:

La CLÍNICA JALLER S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

- Que no hay pertinencia en el medicamento y tratamiento utilizado, ni en los honorarios médicos facturados

En el análisis realizado previo a exponer los casos que fueron objeto de objeción total o parcial, se hizo referencia a los documentos que deben ser aportados por aquella IPS que prestó el servicio de atención

médica a la víctima de accidente de tránsito, documentos que se encuentran establecidos en el Artículo 26 del Decreto 056 de 2.015, que indica:

“Artículo 26. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

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 31 y 32 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.”

Conforme lo establece el Artículo 36 del Decreto 056 de 2.015, una vez la IPS radica la reclamación, la aseguradora debe estudiar, la procedencia de esta, la verificación del hecho, la acreditación de calidad de víctima, la cuantía de la reclamación y que se cumplan los términos establecidos en la norma.

Ahora bien, son los Artículos 1.077 de Código de Comercio y 143 de la ley 1.438 de 2.011, los que permiten a la aseguradora analizar y objetar las reclamaciones presentadas por la IPS, en casos como los indicados al inicio de esta excepción.

En gran parte de las reclamaciones presentadas por la CLÍNICA JALLER S.A.S., para el reconocimiento de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, no se discute el evento generador de la atención, pero si se puede discutir la pertinencia de algunas de las atenciones médicas que se brindaron a la víctima.

Ocurre con frecuencia que, con la documentación aportada por la IPS con la reclamación, los auditores médicos constatan la impertinencia de algunas atenciones médicas que se pretende cobrar; los casos más frecuentes de esas impertinencias son:

- Impertinencia de exámenes diagnósticos
- Impertinencia en la utilización de medicamentos
- Impertinencia de materiales e insumos

- Impertinencia en la colocación de material de osteosíntesis

Ahora bien, en cuadro adjunto denominado EXCEL 5, se relacionan las reclamaciones presentadas por CLÍNICA JALLER S.A.S., que se encuentran Objetadas por pertinencia y que la IPS, no presento reconsideración a la objeción, las cuales son: 97163, 97983, 99791, 99876, 101904, 106147.

Y en el cuadro adjunto denominado EXCEL 6, se relacionan las reclamaciones presentadas por CLÍNICA JALLER S.A.S., que se encuentran objetadas por Pertinencia y la IPS presento reconsideración, siendo así que SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A, ratifico la objeción de pertinencia, las cuales son: 96394, 97923, 98243, 98243, 99263, 99475, 99645, 100094, 101225, 101531, 101821, 102266, 103837, 103946, 104359, 104375, 104377, 104383, 104448, 104463, 104676, 104686, 105257, 105299, 105328, 105470, 105780, 105901, 105903, 105920, 105937, 105996, 106004, 106044, 106072, 106450, 107069, 107211, 107618, 107635, 107811, 107844, 108593, 108769, 109316.

A continuación, se expondrán cada uno de estos casos que motivaron las objeciones presentadas por esta causa por parte de la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA a la IPS CLÍNICA JALLER S.A.S.

A. IMPERTINENCIA DE EXÁMENES DIAGNÓSTICOS:

Las coberturas del SOAT buscan que a la víctima de un accidente de tránsito se le brinde la atención médica requerida, lo que no significa que la IPS tenga una discrecionalidad total para definir que exámenes diagnósticos le practica a la víctima con el fin de establecer el diagnóstico y tratamiento a seguir. Si la IPS practica a la víctima exámenes diagnósticos que no son necesarios para definir el diagnóstico y tratamiento, la normatividad que regula el SOAT le permite a la aseguradora objetar el pago de las reclamaciones que incurran en tal situación.

En algunos casos, del análisis de la historia clínica, del informe de accidente y el relato de la víctima de como ocurrió el accidente, es posible determinar el lugar del cuerpo en que la víctima sufrió las lesiones en el accidente de tránsito; en algunas reclamaciones de CLÍNICA JALLER S.A.S., se encontró que se solicita el pago de exámenes diagnósticos que no tienen ninguna relación con la lesión padecida por la víctima en el accidente; ejemplo de esto es el caso de reclamaciones por fracturas en los miembros inferiores, en las cuales no existe referencia de posibles lesiones de cráneo, pero que al paciente se le practican resonancias magnéticas de cerebro cuyo resultado muestra que no existió lesión en dicha zona; la historia clínica y los parámetros científicos que la ciencia médica tiene establecidos, le permiten al asegurador objetar el pago de ese examen, ya que la práctica del mismo no era necesaria para prestar la atención.

Cuando SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., ha objetado una reclamación por falta de pertinencia, le ha indicado a la demandante las razones por las cuales el examen diagnóstico era impertinente para el manejo del paciente; objeción que se ha fundamentado en las notas del médico tratante, historia clínica, resultados de ayudas diagnósticas y demás soportes, y se ha indicado que al paciente se le han

realizado exámenes que no tienen relación con la lesión sufrida, lo que lleva a que no se pueda reconocer y pagar la obligación reclamada.

En gran parte de las reclamaciones formuladas por la CLÍNICA JALLER S.A.S., hay una situación común que consiste en que el resultado de un examen diagnóstico de rayos X reporta imágenes sugestivas de fracturas y el médico tratante ordena la práctica de un TAC que una vez practicado en un 90% reporta resultados normales, lo que evidencia unas posibles fallas en la realización de la técnica de la radiografía y permite concluir la impertinencia de la práctica del TAC; no todos los exámenes que la IPS realiza al paciente e incluye en la factura están cubiertos por el SOAT, el examen debe tener una pertinencia para que sea reconocido su valor, permitir que una IPS facture un examen diagnóstico que no se requería es afectar el sistema SOAT, ya que al reconocer el valor de ese examen se va agotando la cobertura del amparo y quedarán por fuera de cobertura otras atenciones médicas que la víctima si requiere para mejorar su condición de salud, si el asegurador encuentra que el examen diagnóstico no es pertinente puede objetar su pago y por lo tanto en todas aquellas reclamaciones en las cuales SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., con fundamento objetó a CLÍNICA JALLER S.A.S., el pago de exámenes diagnósticos que no eran pertinentes, no existe obligación a cargo del asegurador y así deberá declararse al proferir sentencia acogiendo la presente excepción.

B. IMPERTINENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS:

En algunas de las reclamaciones que CLÍNICA JALLER S.A.S., formuló a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., se facturaron medicamentos suministrados al paciente, que al realizarse la auditoría se encontró que no se requerían suministrar al paciente en su tratamiento, por lo tanto, se objetó de manera parcial la reclamación y no se realizó el pago de esos medicamentos que no eran pertinentes, expresándole las razones a la reclamante mediante comunicación escrita.

En la documentación que se acompaña con la contestación se encontrarán las comunicaciones mediante las cuales SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., objetó el pago de esos medicamentos, en la que se explica su impertinencia y consecuencial no pago, por lo tanto, no existe obligación a cargo del asegurador y, por lo tanto, se deberá desestimar las pretensiones relativas a esas reclamaciones objetadas acogiendo la presente excepción.

C. IMPERTINENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE MATERIALES E INSUMOS:

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., objetó algunas reclamaciones formuladas por CLÍNICA JALLER S.A.S., debido a que los materiales e insumos quirúrgicos incluidos no guardaban relación con la lesión y el tratamiento médico brindado al paciente, esto en razón a que según el tipo de lesión o tratamiento suministrado al paciente, resultaban innecesarios.

En todas aquellas reclamaciones en que SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., objetó el pago de materiales e insumos a CLÍNICA JALLER S.A.S., por impertinentes, no existe obligación a cargo del asegurador y así deberá declararse al proferir sentencia acogiendo la presente excepción.

D. IMPERTINENCIA EN LA COLOCACION DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS:

En casos en los cuales la CLÍNICA JALLER S.A.S., reclama el reconocimiento de material médico utilizado en la atención del paciente, los auditores médicos encuentran que no está justificada la utilización de un material incluido en la factura porque por el tipo de lesión sufrida por la víctima y de la descripción que los médicos tratantes hacen en la historia clínica es imposible determinar su pertinencia. Por lo tanto, de conformidad con las normas que regulan el SOAT, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., objeta la reclamación presentada por CLÍNICA JALLER S.A.S., remitiendo a la IPS una comunicación en la cual de manera clara le indica las razones de la objeción, exponiéndole porque es impertinente la utilización del material médico que se pretende cobrar.

En estos casos SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., objetó porque no era procedente el cobro de material de osteosíntesis en la atención al paciente deberá declararse la inexistencia de la obligación del asegurador al proferirse sentencia acogiendo la presente excepción.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS, entrando a la carpeta ANEXO 1 del LINK.

7. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA, POR HABER SIDO OBJETADA TOTALMENTE POR NO CORRESPONDER A UN EXCESO EN EL COBRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS:

La CLÍNICA JALLER S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

- Que se reclamaron valores mayores a los establecidos en las tarifas fijadas por el Gobierno Nacional o superiores a los precios del mercado
- Que en casos en los que se reclama el pago de material de osteosíntesis, no se aportó el soporte de adquisición del material a su proveedor o que el precio reclamado rebasa la media del mercado.

La mayor parte de los accidentes de tránsito causan en las víctimas fracturas que requieren la utilización de material de osteosíntesis que permite que se estabilice el hueso y se pueda recuperar. En relación con este tipo de material la legislación que regula el SOAT establece la obligación de la IPS de acompañar con la reclamación, además de todos los documentos requeridos en las demás reclamaciones, una copia de la factura con la cual la IPS adquirió de su proveedor dicho material de osteosíntesis.

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

En muchas de las reclamaciones que CLÍNICA JALLER S.A.S., formuló a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., ésta incluyó unos costos por este tipo de material que superan el precio medio del mercado hasta en un 150 y 300%. En estos casos la demandante acompañó la factura de su proveedor, pero al realizarse la auditoría por parte de mi representada, se logró establecer que en algunas de las reclamaciones formuladas por CLÍNICA JALLER S.A.S., correspondían a material de osteosíntesis facturado con precios superiores a los del mercado, y al realizar un rastreo a las facturas, se logró establecer que no corresponden a la realidad y superan los precios del mercado.

Como en cada reclamación, junto con la factura de CLÍNICA JALLER S.A.S., que incluye el costo de la atención médica, se debe acompañar la factura del proveedor donde se adquirió el material de osteosíntesis, mi representada se pudo establecer:

- Que CLÍNICA JALLER S.A.S., siempre acompañaba como factura de proveedor, factura expedidas por la empresa DESMYD S.A., que es una sociedad comercial, cuya dirección es la misma de CLÍNICA JALLER S.A.S., y cuyos accionistas son los mismos de esta última, es decir, Alfonso José Jaller Caballero y Chagüí Montes Obed.
- Muchas de las facturas de ese proveedor eran expedidas el mismo día en que se colocaba el material de osteosíntesis al paciente, es decir que la CLÍNICA JALLER S.A.S., no tenía dicho material disponible, sino que le era suministrado por DESMYD S.A., en el mismo momento.
- Que los valores facturados por ese material de osteosíntesis suministrado por DESMYD S.A., eran superiores a los valores que reconocidas empresas proveedoras de dichos materiales tenían en el mercado; los precios de DESMYD S.A., eran notoriamente superiores a los precios que los mismos materiales de osteosíntesis tenían con proveedores como Hortohealth, Bloart S.A., Johnson & Johnson, LH S.A.S., Osomed, Insumed, llegando en algunos casos a duplicar y triplicar el precio de ese material con el proveedor DESMYD S.A.

Casos como el anterior se repiten en las reclamaciones presentadas por la CLÍNICA JALLER S.A.S., razón por la cual SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., ha procedido a objetar el valor en exceso reclamado y a pagar el valor real del material que se indica utilizado en el paciente, conforme al precio promedio en el mercado.

En todas y cada una de las reclamaciones en las que CLÍNICA JALLER S.A.S., está reclamando el pago de este tipo materiales que superan el precio del mercado, la objeción formulada está bien fundamentada, y como se realizó el pago al precio medio del mercado, no existe obligación pendiente de pago, y al proferir sentencia deberá declararse la inexistencia de la obligación, acogiendo la presente excepción.

En el EXCEL No. 7, que se aporta con la contestación de la demanda, podrá el Despacho corroborar los casos objetados por impertinencia en el material de osteosíntesis y el exceso en la cuantía reclamada por este tipo de material, las cuales son las siguientes. 96020, 96020, 98539, 98791, 98791, 100675, 101630, 102942, 104464, 104694, 105163, 105457, 105476, 105529, 105914.

Y en el cuadro adjunto denominado EXCEL 8, se relacionan las reclamaciones presentadas por CLÍNICA JALLER S.A.S., que se encuentran objetadas por Material de Osteosíntesis y la IPS presento reconsideración, siendo así que SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A, ratifico la objeción por exceso en el cobro del material de osteosíntesis, las cuales son: 96591, 96757, 97073, 97170, 97300, 98056, 98071, 98079, 98079, 98084, 98151, 98564, 98595, 98616, 98616, 98652, 98699, 98699, 98786, 98875, 99615, 99617, 99635, 99646, 99698, 99714, 99734, 99741, 100121, 100338, 100365, 100395, 100437, 100484, 100530, 100655, 100688, 100904, 101318, 101693, 101711, 101874, 102468, 102689, 103056, 103197, 103987, 104037, 104170, 104210, 104218, 104785, 105104, 105262, 106048, 106209, 106559, 106694, 106730, 107050, 107118, 107220, 107485, 107523, 107527, 107824, 108124, 108270, 108396, 108421, 108442, 108455, 108599, 108640, 108707, 108760, 108911, 108952, 109052, 109081, 109396, 109440, 109564, 109616, 1097211, 100591, 105941, 106041, 107231, 107521, 10907, 110913.

Con ocasión de lo expuesto a lo largo de esta excepción, y en razón a que las objeciones totales y parciales de las reclamaciones presentadas por CLÍNICA JALLER S.A.S., a mi representada tienen un fundamento normativo y probatorio, deberá el Despacho declarar probada la inexistencia de la obligación reclamada.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS, entrando a la carpeta ANEXO 1 del LINK.

8. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO A UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR SEGUROS GENERALES SURAMERICANA, POR HABER SIDO OBJETADA TOTALMENTE POR NO CORRESPONDER A UNA FACTURA RATIFICADA POR SOPORTE, TARIFA y/o DOCUMENTOS

En algunas de las reclamaciones que CLÍNICA JALLER S.A.S., formuló a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., se objetaron teniendo en cuenta que no se soportaban las atenciones con documentación, faltaban documentos y soporte de tarifa, por tal razón mi representada objeto dichas reclamaciones, las cuales la demandante con su reconsideración no aportó los documentos idóneos que acreditaran dichas atenciones objetadas por mi representada, tal como se demuestran en el cuadro EXCEL 9, de las siguientes facturas: 97727, 102969, 105298, 105835, 107664, 107841, 108125, 108235, 108789.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS, entrando a la carpeta ANEXO 1 del LINK.

9. FACTURAS QUE FUERON PAGADAS TOTAL O PARCIALMENTE POR PARTE DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., Y A PESAR DE ELLO, SE RECLAMA SU PAGO EN EL PRESENTE PROCESO.

La presente excepción se fundamenta en el hecho que mi presentada realizó pagos de ciertas reclamaciones en su totalidad, demandantes decir, sin presentar objeción alguna frente a dicha reclamación y hoy la parte actora pretende su pago nuevamente.

De igual forma, se reclaman facturas que fueron pagadas parcialmente, teniendo en cuenta que el pago que no se realizó fue objetado oportunamente por mi representada y la parte demandante no presentó reconsideración fundada en el entendido que procediera el pago total de la reclamación que hoy se reclama, por lo tanto, ya se encuentran pagas.

Para mayor claridad al despacho tenemos que en el EXCEL 10 se encuentran las RECLAMACIONES PAGAS CON GLOSAS que son las facturas 107276, 107297 y 107300.

Y en el EXCEL 11 están las RECLAMACIONES PAGAS SIN GLOSAS que son las facturas: 92367, 92379, 92382, 92484, 92593, 92652, 92673, 92905, 93245, 93416, 93421, 93611, 93619, 93657, 94050, 94379, 94896, 94937, 95235, 95660, 95739, 96756, 96892, 97151, 97516, 97809, 97907, 97926, 97927, 97928, 97929, 97962, 97966, 98236, 98241, 98263, 98276, 98612, 98620, 98761, 98878, 99159, 99201, 99255, 99314, 99416, 99534, 99599, 99600, 99877, 100907, 101760, 102314, 102372, 102418, 102431, 102439, 102441, 102561, 102609, 102627, 102671, 102679, 102750, 102762, 102769, 102818, 102822, 102847, 102857, 102859, 102915, 102923, 103397, 103399, 103431, 103494, 103543, 103674, 103745, 103750, 103751, 105311, 106003, 106041, 106397, 106619, 107676, 107907, 108234.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS, entrando a la carpeta ANEXO 1 del LINK.

10. FACTURAS CONCILIADAS ENTRE LA ASEGURADORA Y LA IPS CLINICA JALLER S.A.S.

De conformidad a lo establecido por el artículo 1625 del Código Civil Colombiano, el pago es uno de los modos de extinguir las obligaciones:

“(…) ARTICULO 1625. Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula.

Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:

- 1o.) *Por la solución o pago efectivo.*
- 2o.) *Por la novación.*
- 3o.) *Por la transacción.*
- 4o.) *Por la remisión.*
- 5o.) *Por la compensación.*

- 6o.) *Por la confusión.*
- 7o.) *Por la pérdida de la cosa que se debe.*
- 8o.) *Por la declaración de nulidad o por la rescisión.*
- 9o.) *Por el evento de la condición resolutoria.*
- 10.) *Por la prescripción.*

De la transacción y la prescripción se tratará al fin de este libro; de la condición resolutoria se ha tratado en el título De las obligaciones condicionales. (...)”

Lo anterior se menciona, toda vez que, en lo que respecta a los valores que son cobrados por la entidad demandante en este proceso, para cada una de las facturas aportadas con la demanda, debe precisarse, frente a estos, que fueron efectuadas entre SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y CLINICA JALLER S.A.S. jornadas especiales de conciliación entre pares, que permitió que se verificara un acuerdo en relación con pagos por parte de mi representada de algunas facturas, y aceptación de algunas objeciones por parte de la IPS, situación que se acredita, mediante actas de conciliación suscritas por su representante legal y medico auditor, la cual apporto también dentro de la carpeta digital denominada CONCILIACIONES, para un total de 506 facturas, tal como se puede describir en EXCEL 12.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS, entrando a la carpeta ANEXO 1 del LINK.

11. IMPROCEDENCIA DE INTERESES MORATORIOS:

La parte actora pretende con la presente demanda que sobre el capital, que se afirma adeudado por mi representada, se deben reconocer unos intereses moratorios los cuales como explicaré son improcedentes, pues como se indicó en las excepciones precedentes, todas las acciones derivadas del SOAT se encuentran prescritas, y aunado a lo anterior un número importante se encuentran pagadas y otras reclamaciones fueron objetadas total o parcialmente, sin que exista obligación a cargo de la demandada, por lo que no puede hablarse de intereses moratorios.

Si la obligación principal no existe, bien sea porque está prescrita, pagada o no se acreditó el derecho reclamado, no es posible hablar de intereses moratorios. Y es que el Artículo 1.080 del Código de Comercio es claro al indicar que para que se causen los intereses moratorios es necesario que el asegurado acredite los requisitos del Artículo 1.077 ibidem; siniestro y cuantía; y como se indicó en la excepción denominada NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO, en gran parte de las obligaciones objeto de cobro, no se cumplió con este requisito, en las que se cumplió la obligación se extinguió por el pago o en ambos casos puede darse que la acción derivada del contrato de seguro se encuentre extinta por el fenómeno de la prescripción.

OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO:

Como se puede observar del escrito de demanda, el abogado de la parte demandante, sin mediar ninguna operación aritmética o de realizar calculo alguno, se limita a manifestar olímpicamente que el juramento estimatorio asciende a la suma de \$2.187.164.855pesos, tomando el valor de la pretensión más unos supuestos intereses moratorios.

Sobre el particular, como bien se planteó en la excepción denominada IMPROCEDENCIA DE INTERESES MORATORIOS, debemos destacar que al no existir la obligación principal, bien sea porque está prescrita, pagada o no se acreditó el derecho reclamado, no es posible hablar de intereses moratorios.

Y es que el Artículo 1.080 del Código de Comercio es claro al indicar que para que se causen los intereses moratorios es necesario que el asegurado acredite los requisitos del Artículo 1.077 ibidem; siniestro y cuantía; situación que no se presenta en este caso, como se indicó en la excepción denominada NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y DE LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 38 DEL DECRETO 056 DEL 2015 Y EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO.

Así las cosas, no es posible que se pueda considerar por el despacho que el requisito del juramento estimatorio se encuentra cumplido generándose entonces la obligación de aplicar lo consagrado en el artículo 206 del código general del proceso que en su inciso 4 y párrafo establecen:

“(...) Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) a la que resulte probada, se condenará a quien hizo el juramento estimatorio a pagar al Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia entre la cantidad estimada y la probada. (...)”

Parágrafo. También habrá lugar a la condena a la que se refiere este artículo a favor del Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, o quien haga sus veces, en los eventos en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios. En este evento, la sanción equivaldrá al cinco por ciento (5%) del valor pretendido en la demanda cuyas pretensiones fueron desestimadas.

La aplicación de la sanción prevista en el presente párrafo solo procederá cuando la causa de la falta de demostración de los perjuicios sea imputable al actuar negligente o temerario de la parte. (...)”

Como se puede observar de la norma anterior, es importante resaltar que en las consideraciones del despacho para estimar la aplicación de las sanciones mencionadas, en el caso que nos ocupa, la parte demandante a pesar de haber tenido una decisión desfavorable en el proceso ejecutivo que relacionó en los hechos de la demanda, insiste en acudir a congestionar el aparato judicial nuevamente, pues desconocen los argumentos que jurídicamente y en oportunidad ha brindado mi representada, como lo observará el despacho a lo largo del análisis de las excepciones que hemos propuesto en el presente escrito.

Así las cosas, al no existir una liquidación o sustentación adecuada del juramento estimatorio por el demandante, no hay posibilidad de realizar un pronunciamiento de fondo sobre la misma, por lo que al requerir el artículo 206 que mi representada establezca las inexactitudes que se le atribuya a la estimación,

por lo que quiero ser contundente en afirmar que la liquidación que realizamos nosotros, **es de cero (0) pesos**, pues al revisar una por una las reclamaciones que tienen que ver con las facturas que se aportan al presente proceso, se ha verificado que SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. ha cumplido con su carga de atender las mismas, pagando u objetando dependiendo el caso, por lo que al día de hoy no hay lugar a que se ordene que paguemos valor alguno, y consecuente a ello, no hay lugar a que nos ordenen a pagar intereses de ningún tipo.

PRUEBAS

1. INTERROGATORIO DE PARTE:

Cítese al representante legal de la CLÍNICA JALLER S.A.S., para que, en la oportunidad señalada por el Despacho, absuelva el Interrogatorio de Parte que en forma verbal le formularé. Se pretende con esta prueba lograr la confesión de las excepciones en que se funda la presente contestación.

2. DECLARACIÓN DE PARTE:

De conformidad con el artículo 165 y 198 del Código General del Proceso, que establece como medio de prueba la declaración de parte, cítese al representante legal de la compañía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. para que, en la oportunidad señalada por el despacho, rinda declaración de parte, se pretende con esta prueba acreditar las excepciones formuladas.

3. DOCUMENTAL:

Acompaño las siguientes pruebas documentales, las cuales se encuentran disponibles en un LINK, en el acápite denominado ANEXOS de la demanda. Así:

- ANEXO 1 (Se encontrará, cada factura, con su correspondiente objeción y guía de envío, como también su respectiva investigación, y las actas de conciliación)
 1. CAUSAL DOCUMENTACION.
 2. OBJECIONES CON GLOSA U OBJECION RATIFICADA MAOS
 3. OBJECIONES CON GLOSA U OBJECION RATIFICADA PERTINENCIA
 4. OBJECIONES CON GLOSA U OBJECION RATIFICADA SOPORTE
 5. OBJECIONES CON GLOSA U OBJECION RATIFICADA TARIFA
 6. CONCILIACIONES
 7. OBJECION MATERIAL DE OSTEOSINTESIS
 8. OBJECIONES PAGA CON GLOSA
 9. OBJECION PAGA SIN GLOSA
 10. OBJECION PERTINENCIA
 11. OBJECION POLIZA NO SURTA, HURTADA, FUERA DE VIGENCIA
 12. OBJECION PRESCRIPCION PERTINENCIA

13. OBJECCION PRESCRIPCION SOPORTE

14. OBJECCION TOPE MAXIMO

- ANEXO 2 (Se encontrará cuadros de Excel donde se describe cada factura y su correspondiente objeción)

1. EXCEL 1 PRESCRIPCION
2. EXCEL 2 NO ACCIDENTE DE TRANSITO
3. EXCEL 3POLIZA PRESTADA
4. EXCEL 4 TOPE MAXIMO
5. EXCEL 5 PERTINENCIA
6. EXCEL 6 PERINENCIA RATIFICADA
7. EXCEL 7 MAOS
8. EXCEL 8 MAOS RATIFICADA
9. EXCEL 9 RATICADA POR SOPORTE, TARIFA, DOCUMENTOS
10. EXCEL 10 PAGAS CON GLOSA
11. EXCEL 11 PAGA SIN GLOSA
12. EXCEL 12 CONCILIACION
13. EXCEL 13 ANALISIS DE CARTERA CLINICA JALLER

4. TESTIMONIAL:

- Solicito se cite como testigo al señor ALEJANDRO GONZALEZ PINEDA, analista de indemnizaciones o quien haga sus veces, quien puede recibir notificaciones en la Carrera 11 No. 93 - 46 piso 3 de la ciudad de Bogotá, con el fin de que declare sobre los hechos que tiene conocimiento en el trámite de las facturas relacionadas en escrito de demanda así como de la contestación, especialmente con las excepciones y los documentos aportados en esta última, relacionado a los pagos, objeciones y conciliación de glosas realizadas por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. a la sociedad demandante.
- Solicito se cite como testigo a al señor BERNARDO VALLEJO, Gerente de SOAT de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., quien puede recibir notificaciones en la Carrera 11 No. 93 - 46 piso 3 de la ciudad de Bogotá, con el fin de que declare sobre los hechos que tiene conocimiento en el trámite de las facturas relacionadas en escrito de demanda así como de la contestación, especialmente con las excepciones y los documentos aportados en esta última, relacionado a los pagos, objeciones y conciliación de glosas realizadas por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. a la sociedad demandante.
- Solicito se cite como testigo a la señora NAYIBE ALEXANDRA CANTOR BARON, médico especialista en auditoria de servicios de Salud adscrito a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., quien puede recibir notificaciones en la Carrera 11 No. 93 - 46 piso 3 de la ciudad de Bogotá, con el fin de que declare sobre los hechos que tiene conocimiento en el trámite de las facturas relacionadas en escrito de demanda así como de la contestación, especialmente con las excepciones y los documentos aportados en esta última, relacionado a los pagos, objeciones y conciliación de glosas realizadas por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. a la sociedad demandante.

- Solicito se cite como testigo a la señora JORGE LUIS GIRALDO VILLA, médico especialista en ortopedia adscrito a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., quien puede recibir notificaciones en la Carrera 11 No. 93 - 46 piso 3 de la ciudad de Bogotá, con el fin de que declare sobre los hechos que tiene conocimiento en el trámite de las facturas relacionadas en escrito de demanda así como de la contestación, especialmente con las excepciones y los documentos aportados en esta última, relacionado a los pagos, objeciones y conciliación de glosas realizadas por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. a la sociedad demandante.

5. CONTRADICCION DEL DICTAMEN

Solicito muy respetuosamente a su señoría conforme a lo preceptuado en el artículo 228 del C.G.P., se ordene la comparecencia del contador ALEJANDRO BETANCURT PENAGO, que rindió dictamen de fecha 2 de abril de 2018 para hacer el correspondiente interrogatorio sobre su idoneidad e imparcialidad y el contenido contable del dictamen.

De igual forma Solicito muy respetuosamente a su señoría conforme a lo preceptuado en el artículo 228 del C.G.P., se ordene la comparecencia del contador EDINSON BUELVAS TORRES, que rindió dictamen de fecha 9 de febrero de 2018 para hacer el correspondiente interrogatorio sobre su idoneidad e imparcialidad y el contenido contable del dictamen.

ANEXOS

- Los anunciados en el acápite de prueba documental, que se encuentran a disposición del despacho y las demás partes procesales, a través del siguiente link: [DESCARGAR AQUÍ](#)

NOTIFICACIONES

Las que aparecen en el expediente, para los demandantes y demandados.

- A la demandante al siguiente correo electrónico: clinicajaller@yahoo.com
- Al apoderado de la parte demandante al siguiente correo electrónico: gregorio.penaranda@gmail.com
- Mi representada podrá ser notificada en la Carrera 51B No 84 - 155 de la ciudad de Barranquilla. notificacionesjudiciales@sura.com.co
- El suscrito apoderado, podrá ser notificado en su despacho o en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. A2 de la ciudad de Barranquilla. Correo electrónico agomez@ompabogados.com

Señor Juez,



ALEXANDER GÓMEZ PÉREZ

No. 1.129.566.574

T.P. No. 185.144 del C. S. de la J.

Proyecto: HAAF - V.B.: AGP