

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA PROCESO VERBAL RAD 2022-00065 DEMANDANTE:
IPS CLÍNICA ALTOS DE SANTO VICENTE S.A.S. DEMANDADO: LA PREVISORA S.A.
COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Sigifredo Wilches Bornacelli <swilches@wilchesabogados.com>

Mié 25/05/2022 14:37

Para: Juzgado 15 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: orherles@gmail.com <orherles@gmail.com>

 1 archivos adjuntos (634 KB)

RAD 2022-00065 CONTESTACIÓN DEMANDA. CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE VS LA PREVISORA REVISADO FINAL.pdf;

Señores

JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Despacho

Referencia: Proceso verbal 2022-00065

Demandante: IPS Clínica Altos de Santo Vicente S.A.S.

Demandado: La Previsora S.A. Compañía de Seguros

SIGIFREDO WILCHES BORNACELLI, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía número 72.205.760 de Barranquilla y Tarjeta profesional 100.155 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado especial de La Previsora S.A. Compañía de Seguros, de manera respetuosa me permito anexar memorial mediante el cual se contesta la demanda instaurada en contra de mi representada.

Cordialmente,

**SIGIFREDO
WILCHES BORNACELLI**
Gerente

 Calle 74 No. 56 - 36 Ofi. 702
Centro Empresarial INVERFIN
 +57 5 318 8498 Ext. 105
 300 659 8144
 swilches@wilchesabogados.com
gerencia@wilchesabogados.co

Barranquilla - Colombia


WILCHES ABOGADOS

Señores

JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Despacho

Referencia: Proceso verbal 2022-00065

Demandante: IPS Clínica Altos de Santo Vicente S.A.S.

Demandado: La Previsora S.A. Compañía de Seguros

SIGIFREDO WILCHES BORNACELLI, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía número 72.205.760 de Barranquilla y Tarjeta profesional 100.155 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado especial de La Previsora S.A. Compañía de Seguros, de manera respetuosa me permito contestar la demanda instaurada contra mi poderdante en los siguientes términos:

A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: Con relación a lo narrado en este hecho me permito manifestar que no le consta a La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

Lo anterior en atención a que la vinculación de mi representada al proceso proviene de la expedición de una serie de pólizas de seguro de accidentes de tránsito (SOAT) y a ello se limita su conocimiento.

AL HECHO SEGUNDO: Con relación a lo consignado en este hecho me permito pronunciarme en los siguientes términos:

Si bien es cierto que la prioridad de las Instituciones Prestadoras de Servicios es la atención de los pacientes que acuden ante ellas, víctimas de accidentes de tránsito, no lo es que mi representada se encuentre obligada a su pago.

Lo anterior en atención a que el cobro de los mismos se encuentra regulado, motivo por el cual este debe ajustarse a lo estrictamente pactado en las normas establecidas para ello, atendiendo las situaciones fácticas de cada caso en particular.

Al momento de determinar a quién debe realizar el cobro de los servicios prestados a los pacientes (por causa de un accidente de tránsito), debe efectuarse

un análisis de si existe una póliza válida y, de ser ello así, si las causas de las lesiones se ajustan a los amparos contenidos en ella.

Ahora bien, la aseguradora procede a realizar un estudio de los hechos a la luz de los amparos de la póliza que le permite determinar si la reclamación es procedente o no, conforme a cada circunstancia.

En el caso particular, los supuestos en que se basan las reclamaciones fueron objetadas con argumentos serios y fundados, toda vez que se logró evidenciar la ausencia de justificación médica en los procedimientos o servicios prestados a las personas atendidas por la IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S. o que las mismas se presentaron sin la totalidad de los documentos requeridos para tal fin.

AL HECHO TERCERO: Con relación a lo narrado en este hecho me permito manifestar que no es cierto.

Si bien en estas facturas están relacionadas los servicios prestados a personas víctimas de un accidente de tránsito, esto no significa que mi representada se encuentre obligada a su pago.

Lo anterior en atención a que las reclamaciones presentadas por la IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S. derivadas de las coberturas del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT) no se efectuaron de conformidad a la normativa que regula este tipo de trámite, toda vez que logró evidenciarse la ausencia de justificación médica en los procedimientos o servicios prestados a las personas atendidas por esta o que las mismas se presentaron sin la totalidad de los documentos requeridos para tal fin, lo cual la exime de cualquier obligación frente a la demandante tal como lo expondremos más adelante.

AL HECHO CUARTO: Con relación a lo consignado en este hecho me permito pronunciarme en los siguientes términos:

- Con respecto al hecho que indica que la IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S prestó atención a personas víctimas de accidentes de tránsito, me permito manifestar que no le consta a La Previsora S.A. Compañía de Seguros, toda vez que en su condición de aseguradora no tuvo participación en la misma.
- Es cierto que la IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S presentó reclamaciones a mi representada por cada una de las facturas relacionadas en la demanda.

- No es cierto que la presentación de las respectivas reclamaciones se haya efectuado conforme al ordenamiento que regula este tipo trámite.

En el caso particular, los supuestos en que se basan las reclamaciones fueron objetadas con argumentos serios y fundados, toda vez que se logró evidenciar la ausencia de justificación médica en los procedimientos o servicios prestados a las personas atendidas por la IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S. o que las mismas se presentaron sin la totalidad de los documentos requeridos para tal fin; aunado a lo anterior, sobre algunas de las facturas mi representada efectuó pagos a favor de la demandante, aspectos que se desarrollarán de manera amplia en el acápite de excepciones de mérito.

AL HECHO QUINTO: Lo narrado en este hecho no es cierto como está redactado y aclaro.

Es cierto que mi representada formuló objeciones serias y fundadas a las reclamaciones realizadas por la IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S. toda vez que logró evidenciar la ausencia de justificación médica en los procedimientos o servicios prestados a las personas atendidas por esta o que las mismas se presentaron sin la totalidad de los documentos requeridos para tal fin.

Por otro lado, no es cierto que mi prolijada no haya efectuado el pago de algunas de las reclamaciones objeto de las facturas.

Lo anterior, toda vez que La Previsora S.A. Compañía de Seguros efectuó pagos a favor de IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S. por valor de CIENTO CINCUENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS (\$151.640.394), correspondiente a cada una de las facturas relacionadas en la excepción denominada “PAGO DE LA OBLIGACIÓN POR PARTE DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS A IPS CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.” del acápite de excepciones de mérito.

AL HECHO SEXTO: Lo consignado en este punto no es cierto.

Lo anterior en atención a que de las pruebas anexadas con la demanda no se aprecia documento contentivo de lo manifestado por la parte actora con relación que esta dio respuesta a las glosas y objeciones formuladas por mi representada.

AL HECHO SÉPTIMO: Lo narrado en este hecho no es cierto.

Si bien es cierto que en la Resolución 3047 de agosto 14 de 2008 se reglamentó el procedimiento y codificaron los motivos de glosa/respuesta mediante el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuesta¹, también lo es que en la misma se estableció una codificación para las causales generales y específicas.

Con respecto a los conceptos generales establece:

Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los toques.
Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia IPS Clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar

¹ Anexo Técnico No. 6 Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas Unificación. Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009

	<p>por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal.</p> <p>La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.</p>
<p>Respuestas a glosas o devoluciones</p>	<p>Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.</p>

Así las cosas, los motivos invocados por mi representada para objetar las reclamaciones presentadas por la IPS demandante se enmarcan dentro de las causales de glosas y devoluciones establecidas en la Resolución 3047 de 2008, aspecto que se desarrollará de manera amplia en el acápite de excepciones de mérito.

AL HECHO OCTAVO: No es cierto que las causales alegadas por La Previsora S.A. Compañía de Seguros en sus objeciones no sean oponibles a los beneficiarios del pago de los servicios de salud.

Tal como se mencionó en el hecho anterior, los motivos invocados por mi representada para objetar las reclamaciones presentadas por la IPS demandante fueron formuladas conforme a la normatividad vigente que regula al SOAT, especificando los motivos y fundamentos para la no aceptación de las facturas, indicando para cada caso en concreto los conceptos con base en la codificación y el alcance definido en el Manuel Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas y por tal motivo son completamente oponibles a sus beneficiarios.

Ahora bien, es de precisar que en el presente proceso no se están debatiendo aspectos relacionados con vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador, toda vez que lo que nos ocupa, es establecer si en efecto la IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S cumplió con la carga prevista en el artículo 1077 del Código de Comercio en lo referente a demostrar tanto la ocurrencia del siniestro como la cuantía.

AL HECHO NOVENO: Lo manifestado en este punto no es precisamente un hecho, sino que se trata de las razones que dieron lugar a que la parte demandante instaurara la presente demandada verbal.

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones formuladas en la demanda contra LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y en consecuencia, solicito se le exonere de sufragar suma alguna por ese concepto.

Condénese en costas y agencias en derecho a la demandante.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

La demandante a través de su apoderado judicial pretende el reconocimiento de los siguientes conceptos:

Por capital la suma DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS (\$242.710.127).

Por intereses moratorios la suma de VEINTITRÉS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS (\$23.988.000).

Es necesario manifestar que no es procedente el reconocimiento por parte de mi representada del pago de los servicios de salud prestados por la IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S.

Lo anterior en atención a que mi poderdante al momento de realizar el análisis integral de las reclamaciones, logró evidenciar en ellas la ausencia de justificación médica en los procedimientos o servicios prestados a las personas atendidas por IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S. o que los mismos se reclamaron sin la totalidad de los documentos requeridos para tal fin, lo cual la exime de cualquier obligación frente a la demandante.

Aunado a lo anterior, no se aportó junto con las facturas referenciadas los documentos necesarios para efectuar el respectivo recobro de conformidad a lo establecido en el Decreto 780 de 2016, el cual regula de manera expresa los requisitos que deben contener todos y cada uno de los anexos que se deben incorporar.

Además, es pertinente señalar que mi representada efectuó pagos a favor de IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S. por valor de CIENTO CINCUENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA

Y CUATRO PESOS (\$151.640.394) correspondiente a cada una de las facturas relacionadas en la excepción denominada “*PAGO DE LA OBLIGACIÓN POR PARTE DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS A IPS CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.*” del acápite de excepciones de mérito que desarrollaremos posteriormente.

Con respecto a lo solicitado por intereses moratorios, es preciso manifestar que no procede dentro del presente caso el reconocimiento de los mismos, toda vez que nos encontramos incurso en un proceso declarativo en donde lo que se pretende es el reconocimiento de un derecho, ya que no existe una suma líquida, clara y exigible. Al respecto no referiremos con mayor profundidad en nuestras excepciones a la demanda.

Bajo los argumentos esbozados, es claro que resulta infundado el juramento estimatorio efectuado por la parte demandante.

EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

AUSENCIA DE LOS REQUISITOS PARA EFECTUAR EL COBRO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS A PACIENTES ATENDIDOS CON OCASIÓN DEL ACAECIMIENTO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO.

Manifiesta el apoderado judicial de IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S. que La Previsora S.A. Compañía de Seguros le adeuda la suma de DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS (\$242.710.127) más intereses moratorios, con fundamento en varias facturas de prestación de servicios de salud correspondientes al Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT).

Por lo tanto, el cobro de la prestación de servicios de salud brindados a pacientes atendidos con ocasión del acaecimiento de accidentes de tránsito debe estudiarse a partir de la normativa especializada, esto es, de conformidad con las disposiciones que se han expedido para el mencionado recobro.

En este punto es necesario traer a colación el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, 780 de 2016, mediante el cual se establecieron las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito por parte del FOSYGA o quien haga sus veces, y de las Entidades Aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, cuyo alcance cubre entre otros sujetos, a las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y

Administradoras de Regímenes Exceptuados y Especiales, todas estas parte del universo de vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud.

Es por ello que debemos entrar a precisar los alcances y disposiciones que establece la norma en cita.

El decreto 780 de 2016 señala en su artículo 2.6.1.4.3.12:

“ ...

*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...**”.*

Por su parte el artículo 1077 del Código de Comercio dispone:

*“Corresponderá al asegurado demostrar **la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.***

El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad” (Las negrillas son nuestras).

Armonizando las normas reseñadas se concluye que el legislador exigió como presupuesto para obtener el pago de la indemnización por este seguro, que el beneficiario (en este caso la IPS) acredite su derecho, lo cual supone la comprobación de la realización del riesgo asegurado y la cuantía de los perjuicios.

Por otro lado, los artículos 2.6.1.4.2.20 y 2.6.1.4.3.3 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (780 de 2016), con respecto a los documentos exigidos para soportar la respectiva reclamación precisó lo siguiente:

*“**Artículo 2.6.1.4.2.20. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud.** 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 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

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

3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:

3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

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

3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.

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

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

...

Artículo 2.6.1.4.3.3. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por gastos de transporte al centro asistencial. Para radicar la solicitud de indemnización de que trata el artículo 2.6.1.4.2.15 del presente decreto, los reclamantes deberán radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado. Dicho formulario deberá estar suscrito por la persona designada por la institución prestadora de servicios de salud, para el trámite de admisiones.

2. Copia de la cédula de ciudadanía del reclamante.

3. Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, copia de la factura.”

Lo anterior nos indica que los soportes que deben acompañarse con la solicitud de recobro dependen del tipo de servicio y a ello debe sujetarse la entidad prestadora del mismo.

En ese orden de ideas si las facturas aportadas corresponden a la prestación de servicios de salud, las personas que se consideren con derecho a las prestaciones amparadas deberán aportar con la reclamación (facturas), todos los documentos requeridos por el decreto 780 de 2016.

Así las cosas, para el cobro de servicios de salud se requiere de un conjunto de documentos que delimiten el alcance de la obligación y determinen la exigibilidad de la misma. De tal manera que así han de valorarse los documentos presentados con la demanda.

En tal sentido y tal como se puede evidenciar dentro de la documental obrante en el plenario, las facturas que se pretenden cobrar por la prestación de servicios de salud objeto de la presente *litis* no fueron aportadas con la totalidad de los soportes necesarios que permitan concluir que cumplen con lo establecido en la norma mencionada en precedencia.

En conclusión, los documentos aportados con la demanda no cumplen con los requisitos legales que permitan demostrar la existencia de una obligación a cargo de La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

Sobre el particular, en sentencia de STC 195-2017 de fecha 22 de noviembre de 2017, Magistrado ponente Dr Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, la Corte Suprema de Justicia precisó:

“Al respecto, de entrada avizora la Sala el fracaso del ruego tutelar, en la medida en que auscultada la decisión materia de cuestionamiento se observa que la funcionaria criticada realizó una exposición sobre las razones por las cuales resultaba necesario examinar los documentos base del cobro coactivo, señalando que:

... [se aportaron] 148 facturas de ventas de servicios en salud, servicios hospitalarios a los afiliados y beneficiarios de las mismas, en la parte inferior de dichas facturas se halla la siguiente anotación: «Estas facturas de ventas se asimilan en todos sus efectos a una letra de cambio, según el art 774 del código de comercio». Facturas emitidas por el Instituto de Neurociencias, IPS Clínica del Sol, parte demandante. Anexa algunas de las facturas en total 148, se halla una cuenta de cobro y un formulario único de reclamación de las entidades hospitalarias por el seguro obligatorio de accidente de tránsito (subraya intencional).

Las facturas aportadas con la demanda acumulada, esto es, las números 0304, 0595, 0596, 0807, 0899, 1543 y la 1959, corresponden a las facturas de venta de prestación de servicios de transporte de ambulancias, prestados a los afiliados y beneficiarios de las mismas, facturas emitidas por la sociedad Urgemedic -parte demandante-.

Concluyendo que se trataba:

...[d]el cobro por la prestación de los servicios de salud prestados a pacientes atendidos por urgencias, con ocasión del acaecimiento de accidentes de tránsito, entonces las personas naturales o jurídicas que consideren tener derechos a las prestaciones amparadas deberán aportar la reclamación, junto con los documentos básicos para las reclamaciones según el Decreto 3990 del año 2007.

Al efecto, precisó que la normatividad llamada a regular el asunto era la relativa al cobro de las indemnizaciones derivadas de pólizas de seguro obligatorio por accidente de tránsito, contenida en los Decretos 663 de 1993, 3990 de 2007 y los artículos 1053 y 1077 del Código de Comercio, por virtud de lo cual hizo un recuento de la documentación requerida para preparar el título ejecutivo complejo, así:

En los gastos médicos los documentos son: Formularios de reclamación, según el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, certificado médico de atención, formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, la factura y fotocopia de la póliza.

En el caso de gastos de transporte, sería: Formulario de reclamación formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, constancia de la realización del traslado expedida por la IPS, factura y copia de la póliza.

De manera que al verificar la documental arrojada con el libelo advirtió que no aparecía acreditado en debida forma el título que pretende de servir de sustento a las pretensiones de la demanda, dado que no se trajo la reclamación previa realizada a la aseguradora con los documentos exigidos por ley; a ese propósito dijo:

...por tanto se observa que al no allegarse con la demanda la reclamación presentada aparejada de todos los documentos que exige la ley, no existe título ejecutivo para haberse librado mandamiento de pago, por lo que no procede seguir adelante la ejecución, y por ende, no hay que pronunciarse acerca de las excepciones de mérito presentadas por la parte demandada y sobre los fundamentos de los recursos interpuestos por esa parte.

Por lo anterior se revocará la sentencia del 16 de noviembre de 2016 dictada por el Juzgado 20 Civil Municipal de Barranquilla dentro del

proceso ejecutivo, en su lugar, se ordena no seguir adelante la ejecución contra la demandada Seguros S.A. Colpatria S.A, se decreta el levantamiento de las medidas cautelares, se condena en costa a la parte ejecutante, se fijarán como agencias de derecho la suma de dos SMLMV a cargo de la parte demandante y de un SMLMV por la demanda acumulada, considerando que tal vez la parte demandante presentó reclamaciones ante la compañía Colpatria, pero sin que dentro del proceso en cada una de las facturas conste la correspondiente reclamación con los anexos que exige la norma y más aún en la demanda acumulada donde ni siquiera se expresa que sea por accidente de tránsito, simplemente se aportó unas facturas sin los anexos correspondientes, porque en estos casos de cobro por seguro está legalmente reglamentado cada uno de los pasos que se tienen que dar, a partir de una reclamación que corresponde precisamente a la parte demandante, quien es la que está conformando el título ejecutivo con su reclamación y los anexos ... con los cuales pretendan demostrar la ocurrencia del siniestro a cargo de la parte demandada, no procede aportar solamente la factura con una cuenta de cobro y cualquier otro documento anexo, debe estar conformado el título ejecutivo complejo con todos y cada uno de los documentos que requiere, de conformidad con las leyes que reglamentan esas precisas reclamaciones, y fuera de ello sin que el juzgado tenga que entrar al estudio de las excepciones de mérito que propuso la parte demandada, pudo observar que muchas de esas facturas se habían llevado a cabo las reclamaciones y la compañía demandada había objetado presentado glosas en relaciones con algunas de esas facturas, es más demostró pagos con algunas de esas facturas, pero más, sin embargo cuando trae esos documentos a la demanda no se aportaron en su totalidad, hay muchas facturas o muchos ítems de los que se están cobrando que únicamente tienen una factura o una cuenta de cobro, ni siquiera se identifica el hecho con fundamento en el cual se está haciendo esa reclamación, cual es el accidente de tránsito, si se revisa una a una cada una de esas facturas encontramos esas falencias, esa es la razón por el cual el juzgado adopta esa decisión..” (Negritas fuera del texto original).

Es necesario precisar que la norma que sirvió de fundamento para decidir el caso traído a colación en la jurisprudencia antes citada fue el decreto 3990 de 2007, el cual fue derogado a su vez por el decreto 56 de 2015².

Por lo tanto, lo regulado por el decreto 3990 de 2007 con respecto a las reclamaciones y documentos necesarios para el pago de los servicios de salud

² Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

se encuentra dentro de los mismos parámetros establecidos en el decreto 780 de 2016³, el cual compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud entre ellas, el decreto 56 de 2015.

Por los argumentos esbozados y encontrando de la documental aportada que no se incorporan todos los documentos establecidos en las normas que regulan la materia, solicito al despacho declarar probada la excepción planteada.

INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN POR PARTE DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

No obstante ha quedado clara la ausencia de los requisitos que demuestren la existencia de una obligación a cargo de La Previsora S.A Compañía de Seguros, entraremos a estudiar las razones por las que mi poderdante objetó en su momento las reclamaciones.

El SOAT es un seguro obligatorio para todos los vehículos automotores que transiten por el territorio nacional, con el cual se amparan los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito; incluye los vehículos extranjeros que circulan por el territorio nacional y excluye aquellos que se movilizan por vías férreas y la maquinaria agrícola.

Al respecto el Decreto 780 de 2016 señala:

“Artículo 2.6.1.4.3. Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente Capítulo, adóptense las siguientes definiciones:

*1. **Accidente de tránsito.** Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor.*

No se entenderá como accidente de tránsito para los efectos de este Capítulo, aquel producido por la participación del vehículo automotor en espectáculos o actividades deportivas.

*2. **Beneficiario.** Es la persona que acredite tener derecho a los servicios médicos, indemnizaciones y/o gastos de que tratan los artículos 2.6.1.4.1.3 a 2.6.1.4.2.19 del presente decreto, de acuerdo con las coberturas allí señaladas.*

...”

Así mismo el artículo 2.6.1.4.3.12 *ibidem* señala:

³ Decreto reglamentario único del sector salud y protección social.

“ ...

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...”.

Por otro lado, los artículos 2.6.1.4.2.20 y 2.6.1.4.3.3 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (780 de 2016), con respecto a los documentos exigidos para soportar la respectiva reclamación precisó lo siguiente:

“Artículo 2.6.1.4.2.20. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud. 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 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

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

3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:

3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

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

3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.

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

5. *Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.*

...

Artículo 2.6.1.4.3.3. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por gastos de transporte al centro asistencial. *Para radicar la solicitud de indemnización de que trata el artículo 2.6.1.4.2.15 del presente decreto, los reclamantes deberán radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, los siguientes documentos:*

1. *Formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado. Dicho formulario deberá estar suscrito por la persona designada por la institución prestadora de servicios de salud, para el trámite de admisiones.*

2. *Copia de la cédula de ciudadanía del reclamante.*

3. *Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, copia de la factura.”*

De otra parte, el artículo 1077 del Código de Comercio dispone:

*“Corresponderá al asegurado demostrar **la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida**, si fuere el caso.*

El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad” (Las negrillas son nuestras).

Así mismo, el Decreto 4747 de diciembre 7 de 2007 y la Resolución 3047 de agosto 14 de 2008 reglamentaron el procedimiento y codificaron los motivos de glosa/respuesta mediante el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuesta⁴.

En este documento se establecen 8 códigos de conceptos de glosa o devolución general: facturación, tarifas, soportes, autorización, cobertura, pertinencia, devoluciones y respuesta a devoluciones o glosas.⁵

⁴ Anexo Técnico No. 6 Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas Unificación. Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009

⁵ ibidem

Con respecto a los conceptos generales establece:

Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
Autorización	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia IPS Clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.
Respuestas a glosas o	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos

devoluciones	los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.
--------------	---

Una vez analizados cada uno de los documentos aportados con las facturas objeto del presente proceso, fueron encontradas varias inconformidades que afectaron en forma total o parcial las mismas, motivo por el cual fueron presentadas de manera oportuna las glosas u objeciones a cada una de ellas, indicando para cada caso en concreto los conceptos con base en la codificación y el alcance definido en el Manuel Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas, tales como:

1. La ausencia de justificación médica en los procedimientos o servicios prestados a las personas atendidas por IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S., o que los mismos no fueron realizados en esta institución.
2. No aportaron con las reclamaciones la totalidad de los soportes necesarios que permitan concluir que cumplen con lo establecido en el decreto 780 de 2016.

A efectos de ilustrar al Despacho, relacionaremos a continuación las causales de objeción para cada una de las facturas objeto de reclamación:

Nro.	Factura con Prefijo	Valor reclamación	Saldo reclamación	Estado General	Objeción de acuerdo a causales (SS y NS)
1	CCSV18128	\$ 302.800	\$ 302.800	Pago total	Pago total
2	CCSV18159	\$ 4.692.791	\$ 4.692.791	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
3	CCSV18292	\$ 2.110.070	\$ 2.110.070	Objeción total o parcial	Documentos incompletos/aclaraciones (SS)
4	CCSV18293	\$ 1.531.343	\$ 1.531.343	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
5	CCSV18368	\$ 7.154.006	\$ 7.154.006	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
6	CCSV18323	\$ 3.228.093	\$ 3.228.093	Objeción total o parcial	Documentos incompletos/aclaraciones (SS)
7	CCSV18393	\$ 11.955.218	\$ 11.955.218	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
8	CCSV18343	\$ 3.163.785	\$ 3.163.785	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
9	CCSV18745	\$ 6.151.279	\$ 6.151.279	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
10	CCSV18747	\$ 3.002.013	\$ 3.002.013	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
11	CCSV18748	\$ 3.109.865	\$ 3.109.865	Objeción total o parcial	Documentos incompletos/aclaraciones (SS)
12	CCSV18755	\$ 302.800	\$ 302.800	Pago total	Pago total
13	CCSV18811	\$ 11.416.441	\$ 11.416.441	Objeción total o parcial	Documentos incompletos/aclaraciones (SS)
14	CCSV18790	\$ 10.978.015	\$ 10.978.015	Objeción total o parcial	Documentos incompletos/aclaraciones (SS)
15	CCSV18812	\$ 1.692.274	\$ 1.692.274	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
16	CCSV18836	\$ 8.914.115	\$ 8.914.115	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
17	CCSV18877	\$ 11.600.444	\$ 11.600.444	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
18	CCSV18894	\$ 2.157.983	\$ 2.157.983	Objeción total o parcial	Documentos incompletos/aclaraciones (SS)
19	CCSV18938	\$ 3.802.388	\$ 3.802.388	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
20	CCSV18920	\$ 12.023.511	\$ 12.023.511	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
21	CCSV18937	\$ 8.055.339	\$ 8.055.339	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)

22	CCSV18919	\$ 11.043.243	\$ 11.043.243	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
23	CCSV19098	\$ 4.088.545	\$ 4.088.545	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
24	CCSV18957	\$ 19.893.757	\$ 19.893.757	Objeción total o parcial	Documentos incompletos/aclaraciones (SS)
25	CCSV18997	\$ 1.009.863	\$ 1.009.863	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
26	CCSV19160	\$ 3.215.533	\$ 3.215.533	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
27	CCSV19300	\$ 2.994.765	\$ 2.994.765	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
28	CCSV19399	\$ 6.604.571	\$ 6.604.571	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
29	CCSV19410	\$ 52.198	\$ 52.198	Pago total	Pago total
30	CCSV19433	\$ 1.516.143	\$ 1.516.143	Objeción total o parcial	Documentos incompletos/aclaraciones (SS)
31	CCSV19432	\$ 1.589.183	\$ 1.589.183	Objeción total o parcial	Documentos incompletos/aclaraciones (SS)
32	CCSV19431	\$ 1.608.468	\$ 1.608.468	Objeción total o parcial	Documentos incompletos/aclaraciones (SS)
33	CCSV19515	\$ 1.611.133	\$ 1.611.133	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
34	CCSV19511	\$ 2.981.703	\$ 2.981.703	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
35	CCSV19583	\$ 52.400	\$ 52.400	Pago total	Pago total
36	CCSV19639	\$ 1.590.578	\$ 1.590.578	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
37	CCSV19635	\$ 224.300	\$ 224.300	Pago total	Pago total
38	CCSV19580	\$ 52.400	\$ 52.400	Pago total	Pago total
39	CCSV19741	\$ 2.148.778	\$ 2.148.778	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
40	CCSV19693	\$ 1.917.611	\$ 1.917.611	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
41	CCSV19766	\$ 2.963.760	\$ 2.963.760	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
42	CCSV19780	\$ 2.801.389	\$ 2.801.389	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
43	CCSV19770	\$ 302.800	\$ 302.800	Pago total	Pago total
44	CCSV19779	\$ 11.491.066	\$ 11.491.066	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
45	CCSV19772	\$ 3.831.116	\$ 3.831.116	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
46	CCSV19776	\$ 6.597.316	\$ 6.597.316	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
47	CCSV19769	\$ 8.668.941	\$ 8.668.941	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
48	CCSV19784	\$ 19.095.530	\$ 19.095.530	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
49	CCSV19851	\$ 2.277.649	\$ 2.277.649	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)
50	CCSV19870	\$ 3.140.815	\$ 3.140.815	Pago parcial	Pertinencia médica (SS)

En este orden de ideas, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS no puede ser compelida al pago de lo pretendido por la parte demandante toda vez que sobre las reclamaciones objeto del presente proceso se efectuaron objeciones seriamente fundadas de forma oportuna, y en consecuencia deberá declararse probada la excepción propuesta.

PAGO DE LA OBLIGACIÓN POR PARTE DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS A IPS CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.

No obstante ha quedado clara la inexistencia de los requisitos que demuestren la existencia de una obligación a cargo de La Previsora S.A. Compañía de Seguros y la configuración del fenómeno de la prescripción, es pertinente señalar que mi representada no adeuda a la demandante la suma pretendida en la demanda, toda vez que efectuó pagos a favor de IPS Clínica Altos de San

Vicente S.A.S. por la suma de CIENTO CINCUENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS (\$151.640.394), correspondiente a cada una de las facturas que relaciono a continuación:

Nro.	Factura con Prefijo	Valor reclamación	Saldo reclamación	Fecha Primer Pago	Estado General	Fecha Pago (de/mm/aaaa)	Número Orden Pago	Valor pago
1	CCSV18128	\$ 302.800	\$ 302.800	4/01/2022	Pago total	4/01/2022	210367669	\$ 302.800
2	CCSV18159	\$ 4.692.791	\$ 4.692.791	8/02/2022	Pago parcial	8/02/2022	210371823	\$ 3.918.691
3	CCSV18293	\$ 1.531.343	\$ 1.531.343	14/02/2022	Pago parcial	14/02/2022	210372481	\$ 1.521.850
4	CCSV18343	\$ 3.163.785	\$ 3.163.785	3/01/2022	Pago parcial	3/01/2022	210367529	\$ 881.193
5	CCSV18368	\$ 7.154.006	\$ 7.154.006	3/01/2022	Pago parcial	3/01/2022	210367529	\$ 7.090.876
6	CCSV18393	\$ 11.955.218	\$ 11.955.218	3/01/2022	Pago parcial	3/01/2022	210367529	\$ 10.175.047
7	CCSV18745	\$ 6.151.279	\$ 6.151.279	1/02/2022	Pago parcial	1/02/2022	210371101	\$ 4.704.999
8	CCSV18747	\$ 3.002.013	\$ 3.002.013	23/02/2022	Pago parcial	23/02/2022	210373721	\$ 1.833.913
9	CCSV18755	\$ 302.800	\$ 302.800	31/01/2022	Pago total	31/01/2022	210370980	\$ 302.800
10	CCSV18812	\$ 1.692.274	\$ 1.692.274	31/01/2022	Pago parcial	31/01/2022	210370980	\$ 505.754
11	CCSV18836	\$ 8.914.115	\$ 8.914.115	31/01/2022	Pago parcial	31/01/2022	210370980	\$ 7.214.615
12	CCSV18877	\$ 11.600.444	\$ 11.600.444	1/02/2022	Pago parcial	1/02/2022	210371101	\$ 10.085.844
13	CCSV18919	\$ 11.043.243	\$ 11.043.243	12/04/2022	Pago parcial	12/04/2022	210378781	\$ 10.286.443
14	CCSV18920	\$ 12.023.511	\$ 12.023.511	31/01/2022	Pago parcial	31/01/2022	210370980	\$ 11.927.902
15	CCSV18937	\$ 8.055.339	\$ 8.055.339	23/02/2022	Pago parcial	23/02/2022	210373721	\$ 6.710.392
16	CCSV18938	\$ 3.802.388	\$ 3.802.388	4/03/2022	Pago parcial	4/03/2022	210374969	\$ 3.766.612
17	CCSV18997	\$ 1.009.863	\$ 1.009.863	4/03/2022	Pago parcial	11/04/2022-04/03/2022	210378589-210374969	\$ 943.563
18	CCSV19098	\$ 4.088.545	\$ 4.088.545	31/01/2022	Pago parcial	31/01/2022	210370980	\$ 2.276.645
19	CCSV19160	\$ 3.215.533	\$ 3.215.533	7/03/2022	Pago parcial	7/03/2022	210375127	\$ 2.457.233
20	CCSV19300	\$ 2.994.765	\$ 2.994.765	4/03/2022	Pago parcial	4/03/2022	210374969	\$ 2.242.315

21	CCSV19399	\$ 6.604.571	\$ 6.604.571	4/03/2022	Pago parcial	4/03/2022	210374969	\$ 6.073.107
22	CCSV19410	\$ 52.198	\$ 52.198	4/03/2022	Pago total	4/03/2022	210374969	\$ 52.198
23	CCSV19511	\$ 2.981.703	\$ 2.981.703	1/02/2022	Pago parcial	1/02/2022	210371101	\$ 2.242.353
24	CCSV19515	\$ 1.611.133	\$ 1.611.133	31/01/2022	Pago parcial	31/01/2022	210370980	\$ 1.598.133
25	CCSV19580	\$ 52.400	\$ 52.400	4/03/2022	Pago total	4/03/2022	210374969	\$ 52.400
26	CCSV19583	\$ 52.400	\$ 52.400	4/03/2022	Pago total	4/03/2022	210374969	\$ 52.400
27	CCSV19635	\$ 224.300	\$ 224.300	NO HAY PAGO	Pago total	9/03/2022	210375391	\$ 224.300
28	CCSV19639	\$ 1.590.578	\$ 1.590.578	1/02/2022	Pago parcial	1/02/2022	210371101	\$ 844.843
29	CCSV19693	\$ 1.917.611	\$ 1.917.611	22/03/2022	Pago parcial	22/03/2022	210376953	\$ 1.810.090
30	CCSV19741	\$ 2.148.778	\$ 2.148.778	31/01/2022	Pago parcial	31/01/2022	210370980	\$ 1.413.178
31	CCSV19766	\$ 2.963.760	\$ 2.963.760	28/04/2022	Pago parcial	28/04/2022	210380573	\$ 1.920.515
32	CCSV19769	\$ 8.668.941	\$ 8.668.941	23/02/2022	Pago parcial	23/02/2022	210373721	\$ 3.975.518
33	CCSV19770	\$ 302.800	\$ 302.800	22/03/2022	Pago total	22/03/2022	210376953	\$ 302.800
34	CCSV19772	\$ 3.831.116	\$ 3.831.116	31/01/2022	Pago parcial	31/01/2022	210370980	\$ 2.984.196
35	CCSV19776	\$ 6.597.316	\$ 6.597.316	10/03/2022	Pago parcial	10/03/2022	210375648	\$ 5.772.000
36	CCSV19779	\$ 11.491.066	\$ 11.491.066	7/03/2022	Pago parcial	7/03/2022	210375127	\$ 11.461.426
37	CCSV19780	\$ 2.801.389	\$ 2.801.389	7/03/2022	Pago parcial	7/03/2022	210375127	\$ 2.065.789
38	CCSV19784	\$ 19.095.530	\$ 19.095.530	23/02/2022	Pago parcial	23/02/2022	210373721	\$ 15.812.689
39	CCSV19851	\$ 2.277.649	\$ 2.277.649	31/01/2022	Pago parcial	31/01/2022	210370980	\$ 1.542.049
40	CCSV19870	\$ 3.140.815	\$ 3.140.815	1/02/2022	Pago parcial	1/02/2022	210371101	\$ 2.290.923
							Total	\$151.640.394

En Este punto me permito traer a colación el articulo el Artículo 1625 del Código Civil el cual reza:

Artículo 1625. Modos de extinción. Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula.

Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:

1o.) Por la solución o pago efectivo.

...” (Negritas fuera del texto original).

Así las cosas, es evidente que no le asiste razón a la parte demandante en pretender el pago de montos que ya fueron cancelados por La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

En este orden de ideas, es claro que mi representada no puede ser compelida al pago de lo pretendido por la parte demandante y en consecuencia deberá declararse probada la excepción propuesta.

IMPROCEDENCIA DE LA SOLICITUD DEL PAGO DE INTERESES

Aun cuando es evidente hasta el momento la improcedencia de las pretensiones de la parte actora, es importante a modo de ilustración, realizar las siguientes precisiones acerca de los intereses solicitados en la demanda:

En el *sub examine* nos encontramos frente a un proceso declarativo en el que, por su naturaleza y de conformidad con la doctrina y la jurisprudencia, no es posible condenar al pago de intereses.

Mediante sentencia de fecha 9 de junio de 2010, el Tribunal Superior de Distrito judicial de Bogotá M.P. Ariel Salazar Ramírez señaló:

“Por último, con relación al otro punto que sustenta la apelación del demandante, según el cual se deben reconocer intereses moratorios a partir de la notificación del auto admisorio de la demanda, en virtud a lo estipulado en el artículo 90 del Código de Procedimiento Civil, es preciso aclarar que aquéllos sólo se causan cuando hay una deuda cierta, líquida y exigible a cargo del responsable, lo cual ocurre, en los procesos contenciosos de conocimiento, en principio, a partir de la sentencia.

5.1. En efecto, tal como ha sido reconocido por la doctrina, los procesos, según la pretensión que origina la demanda, se clasifican en dos grandes grupos: “de conocimiento o declarativos o de cognición; y ejecutivos o de coerción o compulsivos”. Los primeros se dirigen a obtener una declaración de certeza sobre el derecho pretendido por el actor, de suerte que al momento de presentación de la demanda el derecho es aún incierto, pues, precisamente, es mediante la sentencia que puede llegar a reconocerse. Los segundos, en cambio, buscan que se efectivice o ejecute un derecho cierto acreditado en un título ejecutivo.

Siguiendo este mismo orden, las sentencias, por medio de las cuales el juez lleva a un caso concreto la voluntad contenida en la ley, expresando en

ellas las resultas del proceso judicial iniciado con la demanda, se clasifican según la naturaleza de las acciones incoadas, en condenatorias, declarativas y constitutivas.

Las sentencias de condena “se encaminan a la declaración judicial de un derecho y a la condena del demandado a la satisfacción de la prestación debida, como consecuencia de la existencia del derecho que se reconoce o declara.” Así, es a partir del momento de su ejecutoria que el derecho reclamado cobra firmeza o seguridad, pues antes de ella no es más que una situación incierta o dudosa.

5.2. Resulta claro, en consecuencia, que el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor mediante la notificación del auto admisorio de la demanda, descrito en el artículo 90 de la ley adjetiva, sólo es aplicable a aquellos casos en los cuales la ley exige el requerimiento, y siempre que se trate de situaciones en las que el derecho preexiste a la sentencia, mas no en las que sólo es declarado o reconocido a partir del fallo; pues en estos últimos eventos la mora sólo puede surgir a partir de cuándo la sentencia cobra ejecutoria.

Corolario de lo expuesto es que al ser el presente proceso declarativo o de conocimiento, y por tratarse esta sentencia de una declarativa y de condena, no hay lugar al reconocimiento de intereses moratorios en la forma y términos solicitados por la demandante.” (Negrillas fuera del texto original)

De lo anterior se desprende claramente la improcedencia del cobro de intereses, toda vez que nos encontramos frente a un proceso declarativo que no admite tal decisión.

En este orden de ideas, vale decir, con fundamento en las excepciones planteadas, es claro que LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS no puede ser compelida al pago de lo pretendido por la parte demandante y en consecuencia deberán declararse probadas las excepciones propuestas.

PRUEBAS

DOCUMENTALES

- Soportes de las liquidaciones, glosas, objeciones, ratificaciones, oficios de remisión, comprobantes, anexos y órdenes de pago efectuadas por LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS frente a los servicios de salud cobrados por IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S. con sus respectivas guías de envío.

INTERROGATORIO DE PARTE

- Solicito al señor Juez citar a William de Jesús Daza Soto en su calidad de representante legal IPS Clínica Altos de San Vicente S.A.S. o quien haga sus veces, a fin de que absuelva el interrogatorio que le formularé el día y hora que su despacho señale para tal fin.

ANEXOS

- Documentos relacionados como pruebas, los cuales se encuentran disponibles en el siguiente enlace:

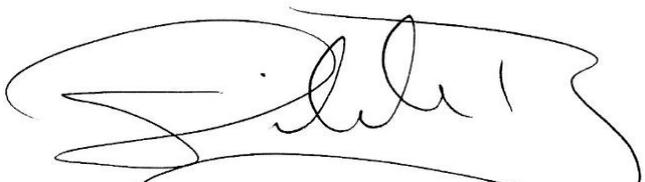
[PRUEBAS DOCUMENTALES](#)

NOTIFICACIONES

El suscrito recibirá notificaciones en el correo electrónico swilches@wilchesabogados.com

Mi poderdante recibirá notificaciones en el correo electrónico: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

Señor Juez.



SIGIFREDO WILCHES BORNACELLI
C.C. 72.205.760 de Barranquilla
T.P. 100.155 del C. S. de la J.

Y.S.M.F.