# CONTESTACIÓN DE DEMANDA PROCESO VERBAL RAD 2022-00235. CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S. VS LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

olfap@ompabogados.com <olfap@ompabogados.com>

Mar 6/12/2022 1:58 PM

Para: Juzgado 16 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto16ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: orherles@gmail.com <orherles@gmail.com>

Señores
**JUZGADO DIECISÉIS (16º) CIVIL DEL CIRCUITO**
**BARRANQUILLA – ATLANTICO**
E. S. D.

**PROCESO: VERBAL**
**DEMANDANTE: CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.**
**DEMANDADO: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**RAD: 2022-00235**

Cordial saludo.

Mediante la presente y en atención al auto proferido de fecha 28 de noviembre de 2022, me permito dentro del término contestar la demanda y aportar al despacho los siguientes documentos relacionados con el proceso de la referencia, en formato PDF:

- CONTESTACION DE LA DEMANDA. (35 FOLIOS)
- CARPETA CON LAS PRUEBAS CORRESPONDIENTES A LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS 🗀 ANTECEDENTES ORGANIZADOS P635

Ratifico al despacho que la suscrita recibe notificaciones en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. A2 de la ciudad de Barranquilla o a través del correo electrónico: olfap@ompabogados.com el cual se encuentra inscrito y actualizado en el Registro Nacional de Abogados, cambio realizado el 02 de agosto de 2022.

Nota: El presente correo se copia al apoderado de la parte demandante (orherles@gmail.com)

**SOLICITO SE ACUSE RECIBIDO DEL PRESENTE CORREO.**

Atentamente,

**Olfa María Pérez Orellanos**
**OMP** | Abogados
C.C. No. 39.006.745 de El Banco (Magd)
T.P. No. 23.817 del C. S. de la J.
Dirección: Carrera 58 No. 70 – 110 Oficina B 4 Piso 2
Teléfono: +57 (605) 3225281 Celular: +57 (333) 0334656
Correo Electrónico: olfap@ompabogados.com
Barranquilla, Colombia

Señores
**JUZGADO DIECISÉIS (16°) CIVIL DEL CIRCUITO**
**BARRANQUILLA – ATLANTICO**
E. S. D.

**PROCESO: VERBAL**
**DEMANDANTE: CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.**
**DEMANDADO: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**RAD: 2022-00235**

**OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS, mujer, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.006.745 expedida en El Banco (Magdalena), abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 23.817 del Consejo Superior de la Judicatura**, actuando en mi calidad de apoderada judicial de la sociedad **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, de conformidad con el poder especial, amplio y suficiente, debidamente otorgado por la Doctora **JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ**, 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 fue enviado al correo electrónico del despacho dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 2213 de 2022, a la señora Juez respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada, a contestar la demanda en los siguientes términos:

Inicialmente solicito se me reconozca personería para actuar como apoderada judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, con plenas facultades para actuar dentro de todas y cada una de las diligencias que se practiquen dentro del presente proceso.

## CONSIDERACIONES PRELIMINARES

De manera preliminar, quiero dejar en claro al despacho que LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS 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 CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE 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.

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 parágrafos 1° y 3° 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 4°, 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 4° 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 trascrita, 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 PRIMERO**: Este hecho hace mención de la razón social, número de identificación tributaria de la demandante y su objeto social. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

**AL HECHO SEGUNDO:** Es parcialmente cierto, y me permito dejar en claro al despacho que LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, 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 CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., ni con ninguna otra institución de salud del país.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, por las cuales, la parte demandante pretende la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT expedidas por mi representada; están sujetas 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.

**AL HECHO TERCERO:** Es parcialmente cierto, y me permito dejar en claro al despacho que LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, 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 CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., ni con ninguna otra institución de salud del país.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito, por las cuales, la parte demandante pretende la afectación de Pólizas de Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito – SOAT expedidas por mi representada; están sujetas 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..

**AL HECHO CUARTO**: No es cierto este hecho como se encuentra redactado, si bien la sociedad demandante presento reclamaciones ante LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, se resalta al despacho que todas y cada una de dichas reclamaciones que allega la IPS demandante deben llenar los requisitos de ley consagrados en el código de comercio, y de igual forma deben allegar todos los documentos que soportan la atención al paciente, documentos anexos que se encuentran en listados en el artículo 25 del decreto 056 de 2015 y decreto 780 de 2016, una vez la IPS demandante radica dichos documentos con la factura, mi representada despliega todo su equipo de cartera para pagar u objetar dentro del término de ley dicha reclamación, por alguna causal de objeción.

El apoderado de la parte 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 la demandante, 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 QUINTO**: Es cierto, mi representada dio respuesta dentro del término de ley a todas y cada una de las reclamaciones presentadas por la hoy IPS demandante, objetándolas de manera total o parcial.

Sin embargo, se debe aclarar una vez más 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 SEXTO**: No es cierto este hecho como está redactado, hasta la fecha la sociedad demandante no ha logrado desvirtuar las objeciones planteadas por mi representada a las reclamaciones presentadas, por lo tanto, no existe obligación alguna en cabeza de mi representada.

**AL HECHO SEPTIMO:** No es cierto lo manifestado en este hecho por el apoderado de la parte demandante, lo cual evidencia un claro desconocimiento de las normas del contrato de seguros y demás normas que regulan los procesos declarativos derivados de cobro de atenciones con cargo al SOAT, toda vez que debe tenerse en cuenta lo señalado en el Decreto 056 de 2015, los cuales determinan el termino para interponer reclamación y para responder la reclamación ante la compañía aseguradora.

Para darle más claridad al apoderado de la parte demandante y al despacho frente a las reclamaciones derivadas de atenciones a pacientes con cargo al SOAT, los artículos 11 y 38 de la norma anteriormente citada determinan el termino para presentar la reclamación y el término que tiene la compañía aseguradora para dar respuesta a estas reclamaciones. Y, en dichos artículos se determina que única y exclusivamente las reclamaciones y las objeciones se regulan por lo establecido en el contrato de seguros, es decir, mi representada tiene la facultad tanto en etapa prejudicial como en la etapa judicial de demostrar las circunstancias por las cuales no paga la reclamación interpuesta por la institución prestadora de salud.

Es decir, a las reclamaciones presentadas a las compañías aseguradoras como consecuencia de atención a pacientes con cargo a la póliza de SOAT, no le aplica las normas de la reclamación de facturas del sistema de salud y seguridad social, pues simplemente porque lo que se afecta es una póliza, es decir un contrato de seguros que tiene norma especial y se encuentra regulado por el Decreto 056 de 2015, normas concordantes y el Código de Comercio, capítulo del contrato de seguros.

**AL HECHO OCTAVO:** No es cierto lo manifestado en este hecho por el apoderado de la parte demandante, toda vez que al ser un contrato de seguros lo que se reclama en este hecho, la aseguradora tiene la libertad para demostrar el motivo por el cual no accede a la reclamación pues tal como lo señala el artículo 1077 del Código de Comercio: "*El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.*" Dado que tal como lo señala el Decreto 056 de 2015 artículo 38:

"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."

Por tal motivo, es claro que no le asiste razón al apoderado de la parte demandante al señalar que no se le pueden excepcionar o manifestar los motivos por los cuales no se pagan las reclamaciones presentadas por este en la etapa prejudicial y judicial, pues la norma que regula esta clase de reclamaciones, legitima a la compañía aseguradora a manifestar el motivo del no pago de la reclamación.

**AL HECHO NOVENO**: Manifiesto al despacho que este hecho no contienes situaciones fácticas, son apreciaciones subjetivas del apoderado del demandante, con la relación de las pretensiones que pretende la parte actora que se declaren dentro del presente proceso.

**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 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 el vehículo asegurado con el SOAT no estuvo involucrado en el accidente de tránsito, porque no se presentaron las reclamaciones con el total de los documentos exigidos por la ley, o por pertinencia médica.
- Las reclamaciones por atención a víctimas de accidente de tránsito fueron pagadas extinguiéndose la obligación a cargo del asegurador.

**EXCEPCIONES DE MERITO**

1. **LAS NORMAS APLICABLES DENTRO DEL PRESENTE PROCESO SON LAS CONTENIDAS EN ELCONTRATO DE SEGURO, POR EXISTIR NORMA ESPECIAL.**

La jurisprudencia de la Corte constitucional ha establecido en cuanto al defecto material o sustantivo, que este se materializa cuando la autoridad judicial, se apoya en una norma claramente inaplicable al caso, o deja de aplicar la que evidentemente lo es, u opta por unainterpretación que contraríe los postulados mínimos de la razonabilidad jurídica.

Precisamente, en la Sentencia SU-515 de 2013, se sintetizaron los supuestos que pueden configurar este defecto, los cuales son:

*"(…) (i) La decisión judicial tiene como fundamento una norma que no es aplicable, ya que: (a) no es pertinente, (b) ha perdido su vigencia por haber sido derogada, (c) es inexistente, (d) ha sido declarada contraria a la Constitución, (e) o a pesar de que la norma en cuestión está vigente y es*

*constitucional, su aplicación no resulta adecuada a la situación fáctica objeto de estudio como, por ejemplo, cuando se le reconocen efectos distintos a los señalados por el legislador[1].*

*(ii) La interpretación de la norma al caso concreto, no se encuentra dentro de un margen razonable[2], o el funcionario judicial hace una aplicación inaceptable de la disposición, al adaptarla de forma contraevidente –interpretación contra legem–, o de manera injustificada para los intereses legítimos de una de las partes[3]; también cuando se aplica una regla de manera manifiestamente errada, sacando la decisión del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable[4].*

*(iii) No se tienen en cuenta sentencias con efectos erga omnes[5].*

*(iv) La disposición aplicada se muestra injustificadamente regresiva[6] o claramente contraria a la Constitución[7].*

*(v) Cuando un poder concedido al juez se utiliza para un fin no previsto en la disposición[8].*

*(vi) La decisión se funda en una interpretación no sistemática del derecho, omitiendo el análisis de otras disposiciones aplicables al caso[9]. [2]*

*(vii) El servidor judicial da insuficiente sustentación de una actuación[10].*

*(viii) Se desconoce el precedente judicial sin ofrecer un mínimo razonable de argumentación[11].*

*(ix) Cuando el juez se abstiene de aplicar la excepción de inconstitucionalidad ante una violación manifiesta de la Constitución, siempre que se solicite su declaración por alguna de las partes en el proceso.[12](…)"*

Así, cuando los jueces ignoran las normas aplicables al asunto bajo su estudio, sus decisiones son susceptibles de ser cuestionadas en sede de tutela, pues constituyen una violación al debido proceso. Como ocurrió, por ejemplo, en la sentencia SU-918 de 2013, donde la Corte Constitucional determinó la existencia de un defecto sustantivo, atendiendo a que el accionado (operador judicial), se apoyó en un precepto manifiestamente inaplicable al caso concreto, desconociendo la norma aplicable. Generando la siguiente posición de la Corte:

*"(…) Por lo anterior, cuando en una decisión judicial se aplica una norma jurídica de manera manifiestamente irrazonable o se deja de aplicar una norma aplicable, sacando del marco de la juridicidad y de la hermenéutica jurídica aceptable tal decisión judicial, ésta deja de ser una vía de derecho para convertirse en una vía de hecho, razón por la cual la misma deberá dejarse sin efectos jurídicos, para lo cual la acción de tutela es el mecanismo apropiado. En esta hipótesis no se está ante un problema de interpretación normativa, sinoante una decisión carente de fundamento jurídico, dictada según el capricho del operador jurídico, desconociendo la ley, y trascendiendo al nivel constitucional en tanto comprometelos derechos fundamentales de la parte afectada con tal decisión. (…)"*

Siendo así las cosas no se le puede dar una interpretación facultativa dentro del presente caso, pues por disposición normativa solo puede ser aplicable un solo régimen legal, tal y como lo afirmó la corte constitucional en sentencia C-451 DE 2015, cuando analizó al criterio hermenéutico de especialidad, así:

*"6.2. Recientemente, en la Sentencia C-451 de 2015, esta Corporación hizo expresa referencia al aludido tema. En dicho fallo, basada en las previsiones que sobre la materia establecen las Leyes 57 y 153 de 1887 y lo dicho en la jurisprudencia, la Corte puso de presente que existen al menos tres criterios hermenéuticos para solucionar los conflictos entre leyes: (i) el criterio jerárquico, según el cual la norma superior prima o prevalece sobre la inferior (lex superior derogat 18nferior); (ii) el criterio cronológico, que reconoce la prevalencia de la norma posterior sobre la anterior, esto es, que en caso*

*de incompatibilidad entre dos normas de igual jerarquía expedidas en momentos distintos debe preferirse la posterior en el tiempo (lex posterior derogat priori); y (iii) el criterio de especialidad, según el cual la norma especial prima sobre la general (lex specialis derogat generali). Con respecto a este último criterio, se sostiene que, en tales casos, no se está propiamente ante una antinomia, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los ampos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial, con lo cual las mismas difieren en su ámbito de aplicación. (…)*

*6.4. Sobre el criterio de especialidad, se destacó en la Sentencia C-451 de 2015, que el mismo "permite reconocer la vigencia de una norma sobre la base de que regula de manera particular y específica una situación, supuesto o materia, excluyendo la aplicación de las disposiciones generales". Respecto al alcance del criterio de especialidad, en el mismo fallo se trajo a colación lo dicho por la Corporación en la Sentencia C-078 de 1997, al referirse esta al carácter especial de las normas tributarias y su aplicación preferente sobre las normas del anterior Código Contencioso Administrativo. Esta última sentencia dijo sobre el particular:*

*6.5. Así las cosas, frente a este último criterio, el de especialidad, cabe entonces entender que el mismo opera con un propósito de ordenación legislativa entre normas de igual jerarquía, en el sentido que, ante dos disposiciones incompatibles, una general y una especial, permite darle prevalencia a la segunda, en razón a que se entiende que la norma general se aplica a todos los campos con excepción de aquél que es regulado por la norma especial. Ello, sobre la base de que la norma especial sustrae o excluye una parte de la materia gobernada por la ley de mayor amplitud regulatoria, para someterla a una regulación diferente y específica, sea esta contraria o contradictoria, que prevalece sobre la otra. (…)"*

Siendo así, en una interpretación no sistemática del derecho, no se puede omitir el análisisjuicioso de todas las disposiciones aplicables al caso, en especial las del contrato de seguro,sin tener en cuenta el criterio hermenéutico de especialidad, y de esta forma no se vea vulnerado el derecho fundamental al debido proceso Se debe tener en cuenta que las disposiciones normativas, buscan entre otras cosas, generar un ambiente de seguridad jurídica en los ciudadanos, permitiendo que conozcan las reglas de juego, con las que se regirán los comportamientos en las diferentes circunstancias en que se encuentren, dentro del presente proceso el juzgador de instanciadebe que aplicar las normas del Contrato de Seguro contemplado en el código de comercioart 1036 y subsiguientes.

Lo anterior se sustenta, entre otras normas que aquí estudiaremos, en lo dispuesto por el artículo 167 parágrafos 1° y 3° de la Ley 100 de 1993, donde el legislador fue explícito en señalar que en los casos de accidentes de tránsito, "*el cubrimiento de los servicios médicoquirúrgicos 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*".

En el caso que nos ocupa, el EOSF, el código de comercio en las normas relacionadas con el contrato de seguro, los Decretos 3990 del 2007, decreto 967 del 2012, 056 de 2015 y 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016, definen el marco legal aplicable a las situacionesjurídicas y fácticas que se presenten en las relaciones que existan entre los beneficiarios del SOAT y las compañías de seguros.

Sobre el particular, el ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO (Decreto Ley 663 de 1993), en el numeral 4 del artículo 192, definió el régimen legal aplicable al SOAT, así:

"*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.*" *(negrilla nuestra)*

En la misma línea, el numeral 8 del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, ratifica lo dispuesto en el EOSF, definiendo el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicenlas IPS a las aseguradoras con cargo al SOAT, cuando afirma que:

"*(…) Decreto 780 de 2016. 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:*

*(...) 8. Régimen legal. En lo no regulado en el presente Capítulo para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en elEstatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes. (…)" (negrilla nuestro)*

Luego entonces, tenemos que en el numeral 4° del artículo 195 del EOSF, reconoce la titularidad de la acción de las instituciones prestadoras de salud, como la hoy demandante,para reclamar por concepto de gastos médicos ante las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, de acuerdo con las tarifas fijadas por el Gobierno Nacional, en los siguientestérminos:

*"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 trascrita hace remisión expresa al artículo 1077 del Código de Comercio, al establecer como exigencia a los establecimientos hospitalarios acreditar suderecho, 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 obtenerel "Pago de indemnizaciones" en el SOAT prevista en el artículo 194 del EOSF.

En el mismo sentido, el Decreto 780 de 2016, relaciona los documentos que los prestadores de servicios de salud deben radicar ante las entidades aseguradoras con la solicitud de pago de las reclamaciones, en su artículo 2.6.1.4.2.20 (antes Artículo 26 Decreto 056 de 2015), el cual es del siguiente tenor:

"*(...) 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 diligenciado30. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.*

***1.****Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:*

*1.1. 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.*

*1.2. 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 debecontener 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. (…)"*

En relación con la referida documentación, la Resolución 1645 de 2016, por la cual el Ministerio de salud, establece los requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas establecidas en el artículo 167 de la ley 100 de 1993 (aplicable a las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT cuando así lo señale dicho acto administrativo), indica en su artículo 6° quela demostración de la prestación de los servicios de salud se acreditará ante las compañíasaseguradoras autorizadas para operar el SOAT con los siguientes documentos según el caso:

*1.Epicrisis, cuando se trate de servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. En todo caso deben observarse los contenidos mínimos previstos en el artículo 31 del Decreto 056 de 201531.*

*2.Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.*

*3.Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contra referencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos, siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.*

*4.Factura de venta o documento equivalente del reclamante y certificación de pago de quien prestó el servicio, cuando el mismo ha sido prestado a través de un tercero.*

La Superintendencia Financiera en Concepto 2018134425-001 del 18 de noviembre de 2018, estableció que las aseguradoras deberán observar las indicaciones contenidas en la normatividad vigente, y de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de la atención, para lo cual expresó lo siguiente:

"*(…) Así pues, respecto de la demostración de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, el mencionado Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.4.2.20., determina cuales son los documentos exigidos para la presentación de la solicitud de pago de las reclamaciones y en tal virtud señala el Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y además, relaciona los documentos que debe aportar el beneficiario acreditado para reclamar los gastos por atenciones médicas entre los cuales se encuentranla epicrisis o resumen clínico para lo cual cita que estos deben sujetarse a lo establecido en los artículos 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6. de la misma normatividad.*

*En este orden, consultados los prenombrados artículos 2.6.1.4.2.20., 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6., de la citada normatividad, se evidencia que los mismos refieren de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de atención, respectivamente. (…)"*

Situación que reiteramos, se rige por las normas especiales que regulan la materia como loson el Decreto 663 de 1993 (EOSF), el decreto 3990 del 2007, decreto 967 del 2012, Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016 y las normas del contrato de seguro establecidas en el código de comercio.

Sea importante dejar claro al despacho que, mediante sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá Sala Civil, Magistrada Sustanciadora: MARÍA PATRICIA CRUZ MIRANDA Código. RAD. 015 2018 00063 01. Bogotá D.C., cuatro (4) de marzo de dos mil veinte (2020, en un caso similar, se manifestó que las normar aplicables en estos casos sonlas del contrato de seguro y me permito traer a colación uno de sus apartes así.

"*(…)*

*Para resolver los reparos que a la sentencia se le hacen, lo primero que precisa la Sala es que comparte la consideración de primer grado en torno a que al caso resulta aplicable el artículo 1077 del Código de Comercio en consonancia con lo que regula el Decreto 780 de 2016, sobre las facturas anteriores al 6 de mayo de ese año, que fue la fecha de su entradaen vigencia, y respecto de las restantes se debe tener en cuenta el Decreto 56 de 2015, que en su redacción y contenido son similares. Todo ello, en la medida que la controversia que se ventila tiene que ver con la prestación de unos servicios de salud asociados a accidentes de tránsito cuya atención médica se prestó con base en el SOAT.*

*(…)*"

La anterior situación, el mismo demandante el acápite de FUNDAMENTOS DE DERECHO, acepta que las normas aplicables al presente proceso son las contempladas en el CONTRATO DE SEGURO.

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, por lo que solicito muy respetuosamente a su señoría declarar probada dicha excepción.

**2. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, POR HABER SIDO OBJETADAS.**

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 ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la auditoria y estudio correspondiente, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, objetó total o parcialmente cada una de las reclamaciones que se presentaron, y lo anterior debido a que se pudo establecer:

- No se aportaron los documentos completos.
- La reclamación se soporta con una Póliza Prestada
- Entre otros.

El apoderado de la parte demandante pretende establecer que las causales por las que se presentan devoluciones de las reclamaciones de pago de los servicios de salud, prestados a víctimas en accidente de tránsito, se encuentran regladas en el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, expedido por el Ministerio de la Protección Social, el cual ha definido la devolución, en el manual

único de glosas y devoluciones. Por lo tanto, afirma que, las objeciones realizadas por LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, no existen, no están previstas o constituidas como tal.

Al respecto me permito manifestar que el apoderado de la parte demandante pretende hacer incurrir en un error al despacho, por lo cual, se debe aclarar que la Resolución 3047 de 2008, se expidió con el fin de decir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en **las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud**, definidos en el Decreto 4747 de 2007

El decreto 4747 de 2007 en su artículo 3 realiza las siguientes definiciones:

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

***a. Prestadores de servicios de salud**: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.*

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

Ahora. instituido el SOAT en el artículo 192 del EOSF, como un seguro de expedición obligatoria por parte de las aseguradoras autorizadas, el numeral 4°, 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 4° 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 trascrita, 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.

El artículo 36 del Decreto 056 de 2015, el cual se integró al Decreto 780 de 2016, expresamente consagra cuales son los requisitos que debe verificar la aseguradora para proceder al pago de la reclamación, para lo cual establece que, "*Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien éste 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 se refiere este decreto y si ésta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.*"

Por tal motivo, al no acreditarse en debida forma el siniestro, mi representada puede objetar las reclamaciones alegando las causales que considere necesarias, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

**3. NO ACREDITACION DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL DECRETO 056 DEL 2015, DECRETO 780 DE 2016 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 CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S. ante la compañía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

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.*

**4.** *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. (…)"*

Igualmente, dentro del Decreto 780 de 2016, en cuanto a la cobertura de gastos por servicios médicos prestados a víctimas de accidentes de tránsito SOAT, relaciona los documentos que los prestadores de servicios de salud deben radicar ante las entidades aseguradoras con la solicitud de pago de las reclamaciones, en su artículo 2.6.1.4.2.20 (Artículo 26 Decreto 056 de 2015) del siguiente tenor:

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 clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

(…)

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

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

En relación con la referida documentación la Resolución 1645 de 2016, por la cual ese mismo Ministerio establece los requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas establecidas en el artículo 167 de la ley 100 de 1993 (aplicable a las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT cuando así lo señale dicho acto administrativo), indica en su artículo 6° que la demostración de la prestación de los servicios de salud se acreditará ante las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT con los siguientes documentos según el caso:

1. Epicrisis, cuando se trate de servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. En todo caso deben observarse los contenidos mínimos previstos en el artículo 31 del Decreto 056 de 2015[1].

2. Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.

3. Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contra referencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos, siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.

4. Factura de venta o documento equivalente del reclamante y certificación de pago de quien prestó el servicio, cuando el mismo ha sido prestado a través de un tercero.

La Superintendencia Financiera en Concepto 2018134425-001 del 18 de noviembre de 2018, estableció que las aseguradoras deberán observar las indicaciones contenidas en la normatividad vigente, y deberán observar de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de la atención, para lo cual expreso lo siguiente:

> *"Así pues, respecto de la demostración de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, el mencionado Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.4.2.20., determina cuales son los documentos exigidos para la presentación de la solicitud de pago de las reclamaciones y en tal virtud señala el Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y además, relaciona los documentos que debe aportar el beneficiario acreditado para reclamar los gastos por atenciones médicas entre los cuales se encuentran la epicrisis o resumen clínico para lo cual cita que estos deben sujetarse a lo establecido en los artículos 2.6.1.4.3.5. y 2.6.1.4.3.6. de la misma normatividad.*
>
> *En este orden, consultados los prenombrados artículos 2.6.1.4.2.20., 2.6.1.4.3.5.y 2.6.1.4.3.6., de la citada normatividad, se evidencia que los mismos refieren de manera taxativa la información que debe contener, el formulario de reclamación, la epicrisis y el resumen clínico de atención, respectivamente.*
>
> *En adición a lo anterior, el artículo 28 de la Resolución 1645 de 2016 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, publicada en el Diario Oficial No. 49.863 del 4 de mayo de 2016, derogó la Resolución 1915 de 2008 y sus modificaciones (Resoluciones números 3251 de 2008, 4475 y 5161 de 2011 y 1136 de 2012). En tal virtud, es del caso indicar que de acuerdo con*

[1] Hoy artículo 2.6.1.4.3.5 del Decreto Único 780 de 2016.

*la nueva normatividad, las aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT deberán observar las indicaciones contenidas en dicha normatividad, a partir de la fecha de entrada en vigencia dicha Resolución."*

Al respecto, la Corte suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia STC 8232-2020, Magistrado Ponente AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO, expuso lo siguiente:

*"Bajo esa perspectiva, advierte la Corte que el resguardo está llamado al fracaso, por cuanto la providencia de 6 de mayo de los corrientes, que confirmó la dictada el 10 de septiembre de 2019, no luce arbitraria, comoquiera que el Tribunal criticado explicó las razones por las que consideraba inviable dar curso a la ejecución que instauró la tutelante contra Coomeva EPS, sobre lo cual expresó que: (…) De las normas trascritas se extrae que en la prestación de servicios de salud, para el cobro de obligaciones a cargo de cualquier entidad, debe existir reclamación escrita, documento que además debe estar acompañado de la epicrisis o resumen clínico, más la historia clínica con los datos del paciente, exámenes clínicos, orden o fórmula médica y otros anexos que exige la normatividad citada. (…) En consecuencia, para el caso de las obligaciones provenientes de la prestación de servicios de salud, éstas no pueden constar en documento único, porque la ley exige otros soportes que demuestran la existencia de la obligación a cargo de la entidad responsable del pago y la sola factura no constituye entonces título ejecutivo, porque en este evento tiene el carácter de complejo, por lo que no le asiste razón al recurrente en el sentido que los únicos requisitos exigidos para el pago de los servicios de salud, son los previsto en el art. 772 y subsiguientes del Código de Comercio para la factura, ni que se trata de un título ejecutivo de carácter singular."*

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 las reclamaciones No. **141721 y 2075**, que soportan la atención a la víctima por parte de la IPS, situación que no ocurre en este caso, pues el demandante, no aportó los documentos establecidos en el Decreto 056 del 2015 y Decreto 780 de 2016.

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

5. **IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, POR HABER SIDO OBJETADA TOTALMENTE TODA VEZ QUE LA PÓLIZA POR LA CUAL SE ESTÁ RECLAMANDO NO CORRESPONDE AL VEHÍCULO INVOLUCRADO Y/O NO AFECTAR LA PÓLIZA DEL VEHÍCULO EN QUE VIAJABA LA VÍCTIMA.**

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 ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la auditoria y estudio correspondiente, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, 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.

- De acuerdo con las labores de auditorías adelantadas se logró establecer que la víctima se desplazaba en otro vehículo al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito, por lo cual

no es posible afectar la póliza SOAT del vehículo asegurado en LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS.

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 medica de las víctimas, utilizaron una póliza de otro vehículo, o se pretende afectar el SOAT del vehículo en la compañía, cuando la victimase desplazaba en 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 auditoria 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, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, realiza una verificación para constatar si se está en presencia de un accidente de tránsito; con el fin de dar cumplimiento a lo que establecido en el Decreto 780 de 2016, en el artículo 2.6.1.4.3.10, el cual indica que las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT deben 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 capítulo y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad, en consecuencia, la compañía realiza un proceso de auditoría interna a través de una auditoría telefónica, la cual es uno de los insumos con los que se cuenta en la definición de las reclamaciones, 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 LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

No obstante a lo anterior, tenemos que frente a las reclamaciones efectuadas por la CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., la compañía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS., realizo una auditoria a fin de verificar 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 la carpeta denominada PÓLIZA NO CORRESPONDE AL VEHÍCULO INVOLUCRADO se relacionan todas las reclamaciones que mi representada objetó de manera total a la CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., porque se logró establecer que en el evento que generó las lesiones atendidas, el vehículo asegurado no estuvo involucrado en un accidente de tránsito o el SOAT fue prestado para que atendieran a la víctima del accidente, como es el caso de 2 de las reclamaciones que presento la hoy demandante ante mi representada, las cuales se relacionan a continuación:

| RECLAMACIÓN | MOTIVO DE LA OBJECIÓN |
|---|---|
| CCSV 24417 | SE OBJETA POR POLIZA PRESTADA DE ACUERDO AUDITORIA INTERNA EL LESIONADO SE DESPLAZABA EN UNA MOTOCICLETA LA CUAL NO CONTABA CON PÓLIZA SOAT VIGENTE Y PARA SU ATENCIÓN MÉDICA LE PRESTAN EL SOAT DE LA MOTO DE PLACAS BBK18B. |

| | |
|---|---|
| CCSV 24419 | SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT DE ACUERDO AUDITORIA INTERNA REFIERE EL CONDUCTOR QUE SE MOVILIZABA EN UNA MOTO LA CUAL NO TENIA DOCUMENTACION VIGENTE PARA EL DIA DEL ACCIDENTE Y LA ENTIDAD REALIZA EL COBRO CON EL VEHICULO DE PLACAS AGN71G LA CUAL NO ESTUVO INVOLUCRADA EN EL ACCIDENTE. |

Por tal motivo, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente a su señoría declarar probada la presente excepción.

**6. PAGO TOTAL O PARCIAL DE LA OBLIGACION.**

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.*
>
> *(…)*

Tenemos que en virtud de las reclamaciones generadas por presunta prestación de servicios médicos por la atención de personas víctimas en accidentes de tránsito por parte de demandante con cargo a los Seguros Obligatorios de Daños Corporales Causados a Personas en Accidente de Tránsito (SOAT), LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, luego de dar el respectivo tramite de estudio interno y auditoria médica[2], procedió a hacer efectivo el pago total contenido en 1 de las reclamaciones presentadas por la CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.

Aunado a lo anterior, mi representada luego de dar el respectivo tramite de estudio interno y auditoria médica[3], procedió a su veza realizar pagos parciales contenidos en 12 reclamaciones presentadas por la demandante.

Por todo lo dicho, es evidente que con los pagos realizados a las reclamaciones relacionadas dentro de la presente excepción y que se aportan a la presente demanda, mi representada SE ENCUENTRA AL DÍA CON LA DEMANDANTE, con respecto a las reclamaciones presentadas, que generaron la afectación de las distintas pólizas de seguro "SOAT", solicito a usted señor Juez muy respetuosamente, se sirva declarar probada la presente excepción propuesta, la cual exime de cualquier condena a mi representada.

[2] "(…) La formulación de la reclamación, que, a diferencia del aviso del siniestro, huérfano de toda prueba, requiere fundamento probatorio, marca el importante momento en el cual comienza a contarse para la aseguradora el plazo que le concede el numeral 3 del artículo 1053, en concordancia con el artículo 1080 del código de comercio, para pagar las pérdidas ocasionadas por el siniestro u objetar fundadamente. De ahí es que soy preciso en señalar que solo cuando la reclamación se ha presentado completa es cuando empieza a correr ese plazo, pues sé de múltiples casos en que se allegan apenas parcialmente las pruebas necesarias para acreditar la existencia del siniestro y su cuantía, o solo se demuestra uno de esos aspectos, sin que empiece a correr el termino para pagar u objetar, porque solo frente a una reclamación cabal es cuando se inicia su computo. (…)" LOPEZ BLANCO, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGUROS. Editorial Dupré. Cuarta Edición 2004. Pág.179

[3] "(…) La formulación de la reclamación, que, a diferencia del aviso del siniestro, huérfano de toda prueba, requiere fundamento probatorio, marca el importante momento en el cual comienza a contarse para la aseguradora el plazo que le concede el numeral 3 del artículo 1053, en concordancia con el artículo 1080 del código de comercio, para pagar las pérdidas ocasionadas por el siniestro u objetar fundadamente. De ahí es que soy preciso en señalar que solo cuando la reclamación se ha presentado completa es cuando empieza a correr ese plazo, pues sé de múltiples casos en que se allegan apenas parcialmente las pruebas necesarias para acreditar la existencia del siniestro y su cuantía, o solo se demuestra uno de esos aspectos, sin que empiece a correr el termino para pagar u objetar, porque solo frente a una reclamación cabal es cuando se inicia su computo. (…)" LOPEZ BLANCO, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGUROS. Editorial Dupré. Cuarta Edición 2004. Pág.179

| PAGO TOTAL | | | |
|---|---|---|---|
| **RECLAMACIÓN** | **FECHA DE PAGO** | **ESTADO GENERAL** | **VALOR DEL PAGO** |
| CCSV 24589 | 31-05-2022 ORDEN DE PAGO No. 210384245 | PAGO TOTAL | $75.000 |

| PAGO PARCIAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **RECLAMACIÓN** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR RECLAMADO** | **VALOR PAGADO** | **VALOR OBJETADO** |
| CCSV24819 | 25/05/2022 ORDEN DE PAGO No. 210383637 | $225.000 | $209.000 | $16.000 |
| CCSV24160 | 6/05/2022 ORDEN DE PAGO No. 210381654 | $1.720.493 | $910.793 | $809.700 |
| CCSV24273 | 12/07/2022 ORDEN DE PAGO No. 210389185 | $2.732.618 | $1.723.718 | $1.008.900 |
| CCSV24363 | 25/05/2022 ORDEN DE PAGO No. 210383637 | $1.770.928 | $961.228 | $809.700 |
| CCSV24364 | 26/05/2022 ORDEN DE PAGO No. 210383831 | $1.859.783 | $241.490 | $1.618.293 |
| CCSV24711 | 12/07/2022 ORDEN DE PAGO No. 210389185 | $10.363.804 | $ 10.314.172 | $49.632 |
| CCSV24739 | 25/05/2022 ORDEN DE PAGO No. 210383637 | $6.824.060 | $6.009.293 | $814.767 |
| CCSV25031 | 27/05/2022 ORDEN DE PAGO No. 210384124 | $1.698.028 | $1.164.528 | $533.500 |
| CCSV24003 | 22/06/2022 ORDEN DE PAGO No. 210386619 | $6.472.420 | $5.605.480 | $866.940 |
| CCSV24713 | 25/05/2022 - 07/07/2022 ORDEN DE PAGO NÚMEROS 210383637 Y 210388497 | $5.494.512 | $4.715.812 | $764.300 |
| CCSV 24189 | 22/06/2022 ORDEN DE PAGO No. 210386619 | $6.893.612 | $5.881.048 | $1.012.564 |
| CCSV 24399 | 25/05/2022 ORDEN DE PAGO No. 210383637 | $3.595.729 | $2.691.314 | $904.415 |

Conforme a los anteriores fundamentos de orden legal y probatorio, nos ratificamos en la interposición de la presente excepción, por lo cual me permito solicitarle de manera respetuosa, se sirva DECLARARLA PROBADA.

**7. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, POR HABER SIDO OBJETADA POR FALTA DE PERTINENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS, INSUMOS O MEDICAMENTOS BRINDADOS AL PACIENTE**

La CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la investigación y estudio correspondiente, la compañía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGURO., 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 pago 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 CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE 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

Ahora bien, en cuadro adjunto, se relacionan las facturas presentadas por LA CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., que se encuentran objetadas por pertinencia, las cuales son:

| No. FACTURA | OBJECIÓN DE ACUERDO A CAUSALES | OBSERVACIÓN (CAUSAL DETALLADA DE OBJECIÓN TOTAL O PARCIAL) |
|---|---|---|
| 24160 | PERTINENCIA MÉDICA | 21722; E.E NO SE RECONOCE UN 21722 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS SOPORTADOS EN HISTORIA QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA. |
| 24273 | PERTINENCIA MÉDICA | 39140; NO SE RECONOCE: COD 39140 DEBIDO A QUE SE HOMOLOGA CON COD 39132 DE ACUERDO A LO RELACIONADO EN LA HISTORIA CLÍNICA., 21722; NO SE RECONOCE: COD 21722 DEBIDO A QUE SE DA MANEJO ORTOPEDICO, 38132; NO SE RECONOCE: COD 38132 DEBIDO A QUE SE HOMOLOGA CON COD 38134 DE ACUERDO A LO RELACIONADO EN LA HISTORIA CLÍNICA. |
| 24363 | PERTINENCIA MÉDICA | 21722; NO SE RECONOCE 21722 POR NO PERTINENCIA DE ACUERDO CON LOS HALLAZGOS |
| 24819 | PERTINENCIA MÉDICA | 77701; NO SE RECONOCE MELOXICAM NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES PRESENTADAS. |
| 24364 | PERTINENCIA MÉDICA | 21706;NO SE RECONOCE 21716 21722 POR NO SOPORTE DE LAS LECTURA DE RX QUE PERMITAN VALIDAR PERTINENCIA DEL ESCALONAMIENTO ADEMAS DE NO ASOPORTE DE SU REALZIACION QUEDANDO SUEJTO A NUEVA AUDITORIA, 21722;NO SE RECONOCE 21716 21722 POR NO SOPORTE DE LAS LECTURA DE RX QUE PERMITAN VALIDAR PERTINENCIA DEL ESCALONAMIENTO ADEMAS DE NO ASOPORTE DE SU REALZIACION QUEDANDO SUEJTO A NUEVA AUDITORIA, 21101;NO SE RECONOCE 21101 (2) POR NO PERTINENCIA DE ACUERDO CON LOS HALLAZGOS DESCRITOS AL EXAMEN DE INGRESO ADEMAS DE NO SOPORTE DE SU REALZIACION, 21120;NO SE RECONOCE 21120 POR NO SOPORTE DE SU REALZIACION QUE PERMITA SU VALIDACION, 77701; |
| 24711 | PERTINENCIA MÉDICA | 77702;NO SE RECONOCE MASCARILLA DE SUJECION, INSUMO NO PERTINENTE EN EL MANEJO DE LAS PATOLOGIAS DERIVADAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO., 77701;NO SE RECONOCE OMEPRAZOL, SIN HALLAZGOS CLINICOS SEGÚN INDICACION INVIMA, 19290;NO SE RECONOCE 19490, 19749, 19290 HALLAZGOS CLIICOS SIN LESIONES COMPLEJAS DESCRITAS AL EXAMEN DE INGRESO , SIN ANTECEDENTES O ACIERTOS PATOLOGICOS ., 19749;NO SE RECONOCE 19490, 19749, 19290 HALLAZGOS CLIICOS SIN LESIONES COMPLEJAS DESCRITAS AL EXAMEN DE INGRESO , SIN ANTECEDENTES O ACIERTOS PATOLOGICOS ., 19490;NO SE RECONOCE 19490, 19749, 19290 HALLAZGOS CLIICOS SIN LESIONES COMPLEJAS DESCRITAS AL EXAMEN DE INGRESO , SIN ANTECEDENTES O ACIERTOS PATOLOGICOS . |

| | | |
|---|---|---|
| 24739 | PERTINENCIA MÉDICA | 77701; EE NO SE RECONOCE DIPIRONA 1 GR (1) SOLUCION X 500 ML (1) SIN REGISTRO DE USO O ADMINISTRACION DE INSUMO FACTURADO, QUEDA SUJETO A NUEVA AUDITORIA., 21722; NO SE RECONOCE UN 21722 NO PERTINENTE SU REALIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y TOMOGRÁFICOS SOPORTADOS EN HISTORIA QUE NO JUSTIFICAN SU TOMA. |
| 25031 | PERTINENCIA MÉDICA | 77701; 21101; *NO SE RECONOCE 1.21101 (MANO) Y SE HOMOLOGA A 1.21106 DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS Y ESTUDIO PERTINENTE. , 21716;NO SE RECONOCE 21722 NO PERTINENTE DE ACUERDO A LESIONES DESCRITAS LAS CUALES PODÍAN SER EVALUADAS CON LA PROYECCIÓN SIMPLE. |
| 24003 | PERTINENCIA MÉDICA | 19749; NO SE RECONOCE 19749,19490, SEGÚN HALLAZGOS CLIICOS SIN LESIONES COMPLEJAS DESCRITAS AL EXAMEN DE INGRESO, SIN ANTECEDENTES O ACIERTOS PATOLOGICOS, 19490; NO SE RECONOCE 19749,19490 , SEGÚN HALLAZGOS CLIICOS SIN LESIONES COMPLEJAS DESCRITAS AL EXAMEN DE INGRESO , SIN ANTECEDENTES O ACIERTOS PATOLOGICOS ., 21722;NO SE RECONOCE 21722 SEGUN HALLAZGOS CLINICOS Y PARACLINICOS ,EN LOS CORTES CONVENCIONALES DE LA TOMOGRAFÍA PERMITEN VISUALIZAR ADECUADAMENTE LAS ESTRUCTURAS, 77701; |
| 24713 | PERTINENCIA MÉDICA | DE ACUERDO A SU RESPUESTA DEL 27/07/2022, DONDE APORTAN OFICIO DE NO ACEPTACIÓN, SE LES INFORMA QUE SE SOSTIENE OBJECIÓN PARCIAL POR CÓDIGO 21715 DEBIDO A QUE NO SE ADJUNTA ECOGRAFIA PREVIA CON HALLAZGOS CLÍNICOS QUE JUSTIFIQUEN ESTUDIOS ADICIONALES. ASÍ COMO CÓDIGO 39140 DEBIDO A QUE SE HOMOLOGA CON CÓDIGO 39132 DE ACUERDO A LO RELACION |
| 24189 | PERTINENCIA MÉDICA | 77701;EE.NO SE RECONOCE(2)PARACETAMOL 1GR/100 ML (2)JERINGA 10 ML NO PERTINENTE O PERTINENTE COMO PRIMERA LINEA EN EL MANEJO DE LESIONES SECUNDARIAS A ACCIDENTE DE TRANSITO DESCRITAS. , 39303;NO SE RECONOCE UN 16202 COBRO NO JUSTIFICADO NI SOPORTADO SU REALIZACIÓN. , 39209;NO SE RECONOCE UN 16202 COBRO NO JUSTIFICADO NI SOPORTADO SU REALIZACIÓN. , 39118;NO SE RECONOCE UN 16202 COBRO NO JUSTIFICADO NI SOPORTADO SU REALIZACIÓN. , 39105;NO SE RECONOCE UN 16202 COBRO NO JUSTIFICADO NI SOPORTADO SU REALIZACIÓN. , 16202;NO SE RECONOCE UN 16202 COBRO NO JUSTIFICADO NI SOPORTADO SU REALIZACIÓN. |
| 24399 | PERTINENCIA MÉDICA | 77702;E.E NO SE RECONOCE: JELCO N20, SALA DE PROCEDIMIENTOS, INMOVILIZACION USO DE BRACE PARA FIJACION, SE RECONOCE BRACE. , 77710;DSART52 DERECHO DE SALA ESPECIAL 45% $28.215 E.E NO SE RECONOCE: JELCO N20, SALA DE PROCEDIMIENTOS, INMOVILIZACION USO DE BRACE PARA FIJACION, SE RECONOCE BRACE. , 37206;E.E NO SE RECONOCE: JELCO N20, SALA DE PROCEDIMIENTOS, INMOVILIZACION USO DE BRACE PARA FIJACION, SE RECONOCE BRACE. , 21722;E.E 21722 SIN PERTINENCIA DE SOLICITUD DADO QUE TAC SIMPLE PUEDE CONFIRMAR O DESCARTAR LESION DE APOYO DIAGNOSTICO PRIMARIO. |

Por todo lo anterior, no le corresponde a mi representada responder por la suma de dinero objetada.

**8. 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, DECRETO 780 DE 2016 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.

**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 CIENTO SESENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL OCHOCIENTOS TREINTAIUN PESOS ($167.600.831), tomando el valor de los intereses moratorios causados.

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 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, DECRETO 780 DE 2016 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 parágrafo 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 parágrafo 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 LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. 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 ALTOS DE SAN VICENTE 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. **DOCUMENTAL:**

Acompaño las siguientes pruebas documentales, las cuales se encuentran disponibles en la carpeta adjunta con la contestación de la demanda.

1. CARPETA CON LOS SOPORTES DE LAS OBJECIONES POR NO ACREDITACIÓN DEL SINIESTRO Y DOCUMENTOS INCOMPLETOS.
   SOPORTES
2. CARPETA CON LOS SOPORTES DE LAS OBJECIONES POR NO CORRESPONDER AL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO.
   POLIZA NO CORRESPONDE AL VEHICULO INVOLUCRADO
3. CARPETA CON LOS SOPORTES DE LOS PAGO TOTAL REALIZADOS POR PARTE DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGURO, CON CARGO A LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS POR LA CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.
   PAGO TOTAL
4. CARPETA CON LOS SOPORTES DE LOS PAGO PARCIAL REALIZADOS POR PARTE DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGURO, CON CARGO A LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS POR LA CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.
   PAGO PARCIAL
5. CARPETA CON SOPORTES DE OBJECION REALIZADO POR NO SER PERTINENTES LOS PROCEDIMIENTOS Y MEDICAMENTOS.
   PERTINENCIA MEDICA
6. CUADRO DE EXCEL CON EL ANALISIS DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS POR LA CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.
   LISTADO DE FACTURA - OBJECIONES Y VALORES PAGADOS.xlsx

**3. TESTIMONIAL.**

Solicito respetuosamente al despacho, se le reciba testimonio a la doctora MARCELA CAMPUZANO JARAMILLO, profesional de subgerencia de indemnizaciones SOAT de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, o quien haga sus veces al momento del decreto de la prueba testimonial, quien puede recibir notificaciones en la Calle 57 No. 9 – 07, piso 4, de la ciudad de Bogotá, y al correo electrónico: marcela.campuzano@previsora.gov.co para que declare sobre el trámite de las reclamaciones presentadas por la hoy demandante, las auditorias, las objeciones y el pago de las facturas de que trata este proceso.

**ANEXOS**

- Los anunciados en el acápite de prueba documental.
- Poder para actuar, el cual fue enviado por la compañía que apodero a través de correo electrónico del despacho, de acuerdo a lo establecido en la Ley 2213 de 2022.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS., expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia S.A., el cual fue enviado por la compañía que apodero al correo electrónico del despacho, de acuerdo a lo establecido en la Ley 2213 de 2022.

**NOTIFICACIONES**

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

La demandada LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS podrá ser notificada en la Calle 57 No. 9 – 07, piso 4, de la ciudad de Bogotá.

La suscrita apoderada podrá ser notificada en su despacho o en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. A2 de la ciudad de Barranquilla o a través del correo electrónico: olfap@ompabogados.com

De la señora Juez, respetuosamente,

**OLFA MARÍA PÉREZ ORELLANOS**
**C.C. No. 39.006.745 de El Banco-Magd**
**T.P. No. 23.817 del C.S.J.**

# PODER RAD. -2022-00235 - DTE: CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE - LITISOFT 35986

NOTIFICACIONES JUDICIALES <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>

Vie 4/11/2022 2:38 PM

Para: Juzgado 16 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto16ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: olfap@ompabogados.com <olfap@ompabogados.com>;Andry Perez / Omp Abogados <aperez@ompabogados.com>;poderes antecedentes <poderesyantecedentes@previsora.gov.co>;JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ <joan.hernandez@previsora.gov.co>

Respetado doctor,

Con fundamento en lo dispuesto en la Ley 2213 de 2022, los artículos 73 y siguientes del Código General del proceso y todas aquellas normas concordantes, se le otorga a usted poder en los términos que a continuación se disponen.

Este correo electrónico es enviado por el Representante Legal, Judicial y Extrajudicial de La Previsora S.A. Compañía de Seguros desde la cuenta de correo electrónico de notificaciones judiciales, tal y como se prueba en los Certificados de Existencia y Representación Legal expedidos por la Superintendencia Financiera de Colombia y la Cámara de Comercio de Bogotá.

Bogotá D.C.

Señores
**JUZGADO DIECISÉIS CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA**
**E. S. D.**

**PROCESO: DECLARATIVO VERBAL**
**DEMANDANTE: CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.**
**DEMANDADO: LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**RAD: 080013153-016-2022-00235-00**

**REF: OTORGAMIENTO DE PODER**

**JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No 1.014.214.701 de Bogotá D.C.,** actuando en mi condición de Representante Legal Judicial y Administrativo de La Previsora S.A. Compañía De Seguros, sociedad de economía mixta del orden nacional, sometida al régimen de las empresas industriales y comerciales del Estado, vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con domicilio en Bogotá D.C., todo lo cual acredito mediante certificado adjunto expedido por la Superintendencia Financiera, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a la abogada **OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS**, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Barranquilla, identificada con cedula de ciudadanía No. 39.006.745 de El Banco - Magdalena, abogada en ejercicio, titular de la Tarjeta Profesional No. 23817 del C. S. de la J., para que, en el proceso de la referencia, se notifique y actúe como apoderada judicial de la Compañía.

Solicito reconocer personería al mandatario para los fines de la gestión encomendada en los términos del Artículo 77 de Código General del Proceso, incluyendo la facultad de sustituir este poder. Las facultades de conciliar, desistir y transigir, están sujetas a la autorización previa del Comité de Defensa Judicial y Conciliación de la Compañía.

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS puede ser notificada al correo electrónico notificacionesjudiciales@previsora.gov.co y nuestra apoderada, la Doctora OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS al correo electrónico olfap@ompabogados.com

Atentamente,

**JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ**
C.C. No. 1.014.214.701
Representante Legal.

Acepto,

**OLFA MARIA PEREZ ORELLANOS**
**C.C. No 39.006.745 El Banco – Magd.**
**T.P. No 23.817 del C.S. de la J.**

Tramitó: Dayana Cruz
Abogado interno: Mariela Isabel Fuentes
Número de LITISOFT: 35986
Fecha de elaboración: 20/10/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
LA PREVISORA S.A., Compañía de Seguros

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 9074650837849275**

Generado el 03 de octubre de 2022 a las 11:13:42

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

## EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

## CERTIFICA

**RAZÓN SOCIAL: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**NIT: 860002400-2**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, sometida al régimen de las empresas comerciales e industriales del Estado, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 1133 del 29 de junio de 1999). Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 2146 del 06 de agosto de 1954 de la Notaría 6 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, , sometida al régimen de las empresas comerciales e industriales del Estado, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 1133 del 29 de junio de 1999).

Escritura Pública No 0144 del 01 de febrero de 1999 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Adicionada por Escritura Pública 373 del 2 de marzo de 1999, de la Notaría 10ª de Santafé de Bogotá D.C., se protocolizó el acuerdo de fusión, mediante el cual LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS absorbe a SEGUROS TEQUENDAMA S.A., quedando esta última disuelta sin liquidarse.

Escritura Pública No 0431 del 05 de marzo de 2004 de la Notaría 22 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 514 del 26 de agosto de 1954

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** La Sociedad tendrá un Presidente agente directo del Presidente de la República, de su libre nombramiento y remoción y representante legal de la sociedad. - FUNCIONES Y ATRIBUCIONES. Son funciones y atribuciones del Presidente de la Compañía a) Formular la política general de la compañía, el modelo integrado de planeación y gestión y los planes y programas, de conformidad con la ley y bajo las directrices de la Junta Directiva b) Orientar y dirigir los planes y programas que debe desarrollar la compañía según su objeto, las directrices de la Asamblea de Accionistas y de la Junta Directiva y las políticas de Gobierno Nacional c) Impartir directrices para la ejecución de las actividades comerciales de la compañía d) Ejercer la representación legal de la compañía e) Constituir mandatarios que representen a la compañía en los asuntos judiciales y extrajudiciales f) Presentar los estados financieros a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva en los plazos y términos señalados en la ley y los Estatutos g) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo con lo señalado en los Estatutos y en las demás normas que regulen la materia h) Proponer a la Junta Directiva los proyectos de organización interna, escalas salariales y planta de personal de los trabajadores oficiales i) Distribuir los cargos de la compañía en las diferentes dependencias y ubicar el personal teniendo en cuenta la estructura, los planes, los programas y las necesidades del servicio de la compañía, mediante acto administrativo, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos j) Someter a aprobación de la Junta, Directiva el proyecto de

CERTIFICADO VALIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

presupuesto de ingresos y gastos de la compañía de acuerdo con lo señalado en la ley y en los Estatutos de la compañía k) Ordenar los gastos con cargo al presupuesto de la compañía, de acuerdo con las normas sobre la materia l) Celebrar los contratos que requiera la compañía para su normal funcionamiento de conformidad con las disposiciones legales vigentes m) Ejercer el control administrativo sobre la ejecución del presupuesto de la compañía n) Conocer y fallar en segunda instancia los procesos disciplinarios que se adelanten contra los trabajadores y ex trabajadores de la compañía ñ) Adoptar el Reglamento Interno de Trabajo, los manuales de políticas, procesos y procedimientos y los necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la compañía o) Dirigir la implementación del Sistema de Gestión Integral, garantizar el ejercicio de control interno y supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones p) Delegar previa autorización de la Junta Directiva alguna o algunas de sus atribuciones y funciones delegables en los Vicepresidentes, Secretaria General, Gerentes de Casa Matriz y de Sucursales y/o en otros cargos de manejo y confianza q) Crear los grupos internos de trabajo que se requieran, según las necesidades de la compañía y determinar sus funciones para optimizar el funcionamiento de la Entidad r) Las demás funciones que le señale la ley, los Estatutos, la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva, y las demás disposiciones que le sean aplicables s) Crear las dependencias, agencias y sucursales que considere necesarias, previa autorización de la Junta Directiva, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos. VICEPRESIDENTES Y SECRETARIO GENERAL. La Junta Directiva nombrará los vicepresidentes que se estimen necesarios a iniciativa de la Presidencia de la sociedad. Los Vicepresidentes y el Secretario General tendrán en el ejercicio de sus funciones asignadas, delegadas y otorgadas en encargo, la representación legal de la compañía, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. Ejercerán las atribuciones y cumplirán con los deberes que le señale el Presidente y desempeñarán las funciones que en ellos delegare éste de acuerdo con lo previsto en estos estatutos. La sociedad tendrá un Secretario General designado por la Junta Directiva a cuyo cargo estará la función de actuar como secretario de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva de la compañía, en tal carácter deberá atender todo lo relacionado con estas materias y ejercer las demás funciones que le delegue o encargue el Presidente de la Sociedad de quien dependerá directamente. - El Secretario General tendrá la representación legal de la compañía. ARTÍCULO 59. DE LAS REPRESENTACIONES LEGALES, JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES: La sociedad tendrá los gerentes de sucursal que estime conveniente su Presidente, quienes al igual que sus suplentes tendrán la representación legal de la compañía previa aprobación de la Junta Directiva; para presentar propuestas en procesos de contratación públicos y privados, celebrar y ejecutar los actos y contratos que se deriven de éstos, participar en procesos de contratación directa, concursos e invitaciones, en el ámbito de su competencia. Ejercerán así mismo la representación legal de la compañía en materia administrativa, financiera, jurídica, de seguros y comercial, de conformidad con las facultades que le sean delegadas y/u otorgadas en encargo. Los subgerentes de sucursal serán suplentes de sus correspondientes gerentes. En aquellas sucursales en las cuales no existe el cargo de subgerente de sucursal, será designado otro funcionario como suplente del gerente. De igual manera y de conformidad con lo indicado en el Decreto 1808 de 2017, Decreto 580 de 2019, Decreto 1996 de 2017 o aquella norma que los modifique, adicione o sustituya y la Resolución No. 043 - de 2019 expedida por La Previsora S.A. o aquella norma que lo modifique, adicione o sustituya, los siguientes cargos tendrán la representación legal, judicial y/o extrajudicial, así: VICEPRESIDENTE JURÍDICO; GERENTE DE LITIGIOS; JEFES DE OFICINAS DE INDEMNIZACIONES (ZONAS CENTRO, NORTE Y OCCIDENTE): Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial de la compañía, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. GERENTE DE TALENTO HUMANO; SUBGERENTE DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL: Ejercer como representante legal de la compañía, en asuntos laborales y administrativos cuando se requiera; GERENTE DE INDEMNIZACIONES GENERALES Y PATRIMONIALES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES AUTOMÓVILES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES SOAT, VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES: Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. Así mismo, representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales originadas por siniestros, con la facultad de conciliar y transar en los términos autorizados por el Comité de Defensa Judicial y Conciliación. SUBGERENTE DE RECOBROS Y SALVAMENTOS: Representar a la compañía en procesos de recobro judicial y extrajudicial; SUBGERENTE DE PROCESOS JUDICIALES, SUBGERENTE DE PROCESOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ADMINISTRATIVOS: Representar a la sociedad ante todas las autoridades de los órdenes judicial y administrativo y para los efectos a que hubiere lugar; GERENTE JURÍDICO: Ejercer por delegación la representación judicial y extrajudicial de la compañía .(Escritura Pública No. 2611 del 21 de

CERTIFICADO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 9074650837849275**

Generado el 03 de octubre de 2022 a las 11:13:42

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

mayo de 2021, Notaría 72 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO |
|---|---|---|
| Álvaro Hernán Vélez Millán<br>Fecha de inicio del cargo: 15/07/2020 | CC - 6357600 | Presidente |
| Benjamín Galán Otálora<br>Fecha de inicio del cargo: 25/10/2018 | CC - 80425713 | Vicepresidente Financiero |
| Paola María Mercado Cabrales<br>Fecha de inicio del cargo: 02/06/2022 | CC - 50911467 | Vicepresidente Comercial |
| Leydy Viviana Mojica Peña<br>Fecha de inicio del cargo: 28/07/2022 | CC - 63511668 | Secretaria General |
| María Elvira Mac-douall Lombana<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2019 | CC - 39688259 | Vicepresidente Técnica |
| Gelman Rodriguez<br>Fecha de inicio del cargo: 19/08/2021 | CC - 80373854 | Vicepresidente Jurídico |
| José Bernardo Alemán Cabana<br>Fecha de inicio del cargo: 12/10/2018 | CC - 79672347 | Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Centro |
| Adriana Orjuela Martínez<br>Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018 | CC - 51981720 | Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Subgerente de Recobros y Salvamentos |
| Soranye Duque Valdés<br>Fecha de inicio del cargo: 11/04/2022 | CC - 31448412 | Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Occidente |
| Miguel Escobar Botero<br>Fecha de inicio del cargo: 19/02/2021 | CC - 1152195263 | Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Norte |
| Sandra Patricia Pedroza Velasco<br>Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018 | CC - 51995365 | Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones SOAT,Vida y Accidentes Personales |
| Paola Andrea Gómez Mesa<br>Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018 | CC - 52266729 | Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Automóviles |
| Andrés Lozano Karanauskas<br>Fecha de inicio del cargo: 15/04/2021 | CC - 79955214 | Vicepresidente de Desarrollo Corporativo |
| Gloria Lucia Suarez Duque<br>Fecha de inicio del cargo: 30/04/2018 | CC - 52620196 | Vicepresidente de Indemnizaciones |
| Gina Patricia Cortes Paez<br>Fecha de inicio del cargo: 11/12/2018 | CC - 33703256 | Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Procesos Judiciales |

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 9074650837849275**

Generado el 03 de octubre de 2022 a las 11:13:42

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO |
|---|---|---|
| Scarlett Jordana Baena Rodríguez<br>Fecha de inicio del cargo: 10/11/2021 | CC - 1020744966 | Representación Legal Judicial y Extrajudicial como Gerente Jurídica |
| Olga Lucía Murgueitio Bustos<br>Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020 | CC - 52095575 | Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Generales y Patrimoniales |
| Luz Mery Naranjo Cárdenas<br>Fecha de inicio del cargo: 20/09/2018 | CC - 39544204 | Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en Calidad de Subgerente de Administración de Personal |
| Daniel Alejandro Palacios Ballen<br>Fecha de inicio del cargo: 28/04/2022 | CC - 1015441384 | Representante Legal Judicial y Administrativo como Subgerente de Procesos de Responsabilidad Fiscal y Procesos Administrativos |
| Verónica Tatiana Urrutia Aguirre<br>Fecha de inicio del cargo: 07/01/2021 | CC - 52333363 | Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en calidad de Gerente de Talento Humano |
| Joan Sebastián Hernández Ordoñez<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019 | CC - 1014214701 | Representante Legal Judicial y Administrativo en Calidad de Subgerente de Litigios |

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Agrícola, (con Circular Externa 008 del 21 de abril de 2015 se incorpora este ramo, en el ramo de Seguro Agropecuario. Así las cosas, el ramo de seguro Agropecuario estará conformado por los ramos Agrícola, semovientes, así como otros relacionados con recursos naturales, vegetales y animales), automóviles, aviación, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes, vidrios, accidentes personales, colectivo de vida, pensiones, salud, y vida grupo.

Resolución S.B. No 665 del 01 de julio de 1997 desempleo

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos.

Resolución S.F.C. No 1457 del 30 de agosto de 2011 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A. compañía de Seguros para operar los ramos de Seguro Colectivo de Vida y Salud

Resolución S.F.C. No 1003 del 10 de agosto de 2018 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para operar el ramo de Seguros de Pensiones, hoy denominado Seguros de Pensiones Voluntarias

Oficio No 2022037686-015 del 28 de marzo de 2022 autoriza el ramo de Seguro Decenal

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 9074650837849275**

Generado el 03 de octubre de 2022 a las 11:13:42

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES**
**SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA