Señores
JUZGADO ONCE (11) CIVIL MUNICIPAL
BARRANQUILLA – ATLÁNTICO

REF. PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.
DEMANDADO: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.
RADICADO: 2022-00224

ALEXANDER GOMEZ PEREZ, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 expedida en Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de la sociedad SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A., de conformidad con el poder especial, amplio y suficiente, debidamente otorgado por la doctora **MARIA DE LAS MERCEDEZ IBAÑEZ CANTILLO**, mayor de edad, vecina de la ciudad de Bogotá, 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; al Señor Juez respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada, a **CONTESTAR DEMANDA** formulada por la sociedad **CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.** en los siguientes términos:

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

De manera preliminar, quiero dejar en claro al despacho que la compañía SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A., no tiene ninguna clase de contrato, ni negociación civil para la prestación o venta de servicios médicos derivados de atenciones con cargo al SOAT con la CLINICA 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.

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

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

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

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

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

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

> *"4. Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los Subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.*
>
> *Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la*

fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990. (…)"

Es claro como la norma antes 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 punto no es un hecho, es la descripción de la naturaleza jurídica de la entidad demandante, por lo cual me atengo a lo probado una vez agotadas cada una de las etapas que conforman el proceso judicial de marras.

AL HECHO SEGUNDO: Este punto contiene varias afirmaciones que merecen un estudio por separado, de la siguiente manera:

En cuanto a la obligación de las IPS de prestar la atención médica a las personas que sufran un accidente de tránsito, es menester indicar al despacho que esta es una obligación legal que radica únicamente en cabeza de las IPS, y de la cual no puede hacerse extensiva a las Aseguradoras, por lo cual este punto no tiene ninguna relación con la obligación de mi representada.

En cuanto a la obligación condicional derivada del Seguro Obligatorio de Accidentes de Accidentes de Tránsito, es menester manifestar que NO ES CIERTO, por la forma en que se encuentra redactado, ya que el demandante pretende que mi representada de manera indiscriminada responda afirmativamente a un hecho que no puede ser analizado de manera general, pues cada caso tiene sus propias particularidades, y que como siempre se le ha planteado a los demandantes, es una obligación legal de la IPS como eventual beneficiario del amparo de gastos médicos, acreditar sus reclamaciones en debida forma, de conformidad con lo establecido en el párrafo 2 numeral 4 del artículo 195 del ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO, y demás normas concordantes, 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 TERCERO: No le consta a mi representada lo manifestado en este punto, dado que la parte demandante se refiere de manera general a la atención de personas lesionadas en accidentes de tránsito en los cuales se vieron involucrados vehículos asegurados con pólizas de SOAT expedidas por mi representada, sin embargo, es menester aclarar que cada caso tiene sus propias particularidades, y que como siempre se le ha planteado a los demandantes, es una obligación legal de la IPS como eventual beneficiario del amparo de gastos médicos, acreditar sus reclamaciones en debida forma, de conformidad con lo establecido en el párrafo 2 numeral 4 del artículo 195 del ESTATUTO ORGANICO DEL SISTEMA FINANCIERO, y demás normas concordantes.

AL HECHO CUARTO: Es cierto, sin embargo, dichas reclamaciones fueron objetadas por pertinencia médica, dado que en algunos casos los estudios diagnósticos realizados a los pacientes no eran necesarios, así como también la orden de suministros y tratamientos aplicados a los pacientes, los cuales no guardaban relación con las lesiones padecidas por estos.

AL HECHO QUINTO: Es cierto, mi representada objetó las reclamaciones presentadas por la CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S. en virtud de que en algunos casos los estudios diagnósticos realizados a los pacientes no eran necesarios, así como también la orden de suministros y tratamientos aplicados a los pacientes, los cuales no guardaban relación con las lesiones padecidas por estos.

Asimismo, se objetaron dos reclamaciones por haberse configurado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro y se objetó una reclamación por no aportarse la totalidad de los documentos requeridos conforme al Decreto 056 de 2015 y demás normas concordantes.

AL HECHO SEXTO: Este punto contiene varias afirmaciones que se contestarán por separado:

En cuanto que mi representada no ha cancelado las sumas reclamadas, no es cierto tal como lo redacta el apoderado de la parte demandante, dado que mi representada realizó los pagos de las reclamaciones conforme a lo acreditado por la clínica demandante, sin perjuicio de haberse objetado parcialmente dichas reclamaciones por cuanto se evidenció impertinencia en cuanto a las atenciones médicas suministradas, por lo cual no era procedente el pago respecto de los gastos médicos adicionales incurridos por la IPS para la atención de los pacientes, tal como se sustentará más adelante.

En cuanto a los perjuicios deprecados por la demandante, es menester manifestar que estas son apreciaciones subjetivas las cuales carecen de elementos probatorios.

AL HECHO SEPTIMO: Este punto no es un hecho, sino la pretensión que busca la parte demandante 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 con cargo al SOAT se encuentran prescritas.
- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidente de tránsito fueron oportunamente objetadas parcialmente porque su pago no era procedente por pertinencia médica.
- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidente de tránsito fueron objetadas por cuanto no se aportaron la totalidad de los documentos exigidos por el Decreto 056 de 2015 y las demás normas concordantes.

EXCEPCIONES DE MERITO PRINCIPALES:

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

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

Conforme lo establece el Artículo 8 del Decreto 056 de 2.015, la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, es la legitimada para reclamar a la compañía aseguradora el reconocimiento y pago del valor del servicio médico prestado, así:

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

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establece el trámite que debe surtir la IPS que haya atendido a la víctima de accidente de tránsito, indicando que ésta debe presentar una reclamación a la aseguradora, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales y su cuantía, es decir, que la IPS debe acreditar su derecho ante la compañía aseguradora conforme lo establece el Artículo 1.077 del Código de Comercio. La norma referida establece:

> ***"Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.***
>
> ***Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990."***

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

> "(…) Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario **acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio**. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.
>
> Concordancia, ver artículo 38 decreto 056 de 2015 **(**Negrilla y Subrayado fuera del texto original**)**

Estas normas deben ser leídas e interpretadas en concordancia con lo dispuesto por los Artículos 26, 31, 32 y 36 del Decreto 056 de 2.015, que establecen la documentación necesaria para la presentación por parte de las IPS, de las reclamaciones por la prestación del servicio de salud con cargo al SOAT, regulando el contenido de esa documentación, en especial lo relacionado con el contenido de la epicrisis y el resumen clínico de atención, los requisitos de la factura y la verificación de requisitos por parte de la aseguradora, así:

> *"(…)* ***Artículo 26.*** *Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:*
>
> *1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.*
>
> *2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:*
>
> *2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.*

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

(…)

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

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

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

1. Primer nombre y primer apellido del paciente
2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.
3. Servicio de ingreso.
4. Hora y fecha de ingreso.
5. Servicio de egreso.
6. Hora y fecha de egreso.
7. Motivo de consulta.
8. Enfermedad actual, información que debe contener:
8.1. La relación con el evento que originó la atención.
8.2. Relación de recibido del paciente en caso de ingreso por remisión de otra IPS.
9. Antecedentes.
10. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio.
11. Hallazgos del examen físico.
12. Diagnóstico de ingreso.
13. Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.
14. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo.
15. Resultados de la totalidad de procedimientos diagnósticos y todos aquellos que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.
16. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten.
17. Diagnósticos de egreso.
18. Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad si la hubiere.

19. Plan de manejo ambulatorio.
20. En caso que el paciente sea remitido a otra IPS, relación de la remisión.
21. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento

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

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

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

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

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

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

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

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

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, dichas entidades podrán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas, con aquellos disponibles en la base de datos SII ECAT, la base de pólizas expedidas y pagos realizados por las aseguradoras, y la base de datos de indemnizaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre otras.

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

Parágrafo 2°. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito

enunciados en el artículo 6° de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo 131 de la citada ley.

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

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

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

2. **IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO DE UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR, POR HABER SIDO OBJETADA POR FALTA DE PERTINENCIA DE LA ATENCIÓN PRESTADA:**

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 SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A., objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

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

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

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

> *"Artículo 26. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:*
>
> *1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.*
>
> *2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:*
>
> *2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.*
>
> *2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto."*

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

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

En gran parte de las reclamaciones presentadas por la 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
- Impertinencia en la colocación de material de osteosíntesis

A continuación se relacionan las reclamaciones presentadas por CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., que se encuentran objetadas por Pertinencia, siendo así que SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.S., ratificó la objeción de pertinencia, las cuales son:

66	2208	4796	9061
211	2138	4794	9303
210	2350	4927	9304
209	2354	5877	9435
776	2515	6112	9434
768	2656	8257	9830
775	2752	8717	10456
1124	2775	8902	10523
1217	2774	8866	10843
1925	3360	8888	10884
2012	3408	8965	3617
2139	3772	9078	

A continuación, se expondrán cada uno de estos casos que motivaron las objeciones presentadas por esta causa por parte de la compañía SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.S. a la IPS CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.

A. IMPERTINENCIA DE EXÁMENES DIAGNÓSTICOS:

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

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

En muchos de los casos, se estableció que no se considera pertinente la realización de tomografía con reconstrucción tridimensional de tobillo teniendo en cuenta que la misma no se utilizó como herramienta para la planeación quirúrgica de lesión intraarticular.

Cuando SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A., ha objetado una reclamación por falta de pertinencia, le ha indicado a la demandante las razones por las cuales el examen diagnóstico era impertinente para el manejo del paciente; objeción que se ha fundamentado en las notas del médico tratante, historia clínica, resultados de ayudas diagnósticas y demás soportes, y se ha indicado que al paciente se le han realizado exámenes que no tienen relación con la lesión sufrida, lo que lleva a que no se pueda reconocer y pagar la obligación reclamada.

B. IMPERTINENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS:

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

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

C. IMPERTINENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE MATERIALES E INSUMOS:

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

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

3. PRESCRIPCIÓN:

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

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se encuentra regulado en el Decreto 056 de 2.015, Decreto 2423 de 1996, el Estatuto Orgánico Del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) a partir del Artículo 192 y siguientes, y en lo no previsto allí, se acudirá a lo regulado en el seguro terrestre del Código de Comercio.

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

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

A su vez, de manera específica, el Decreto 056 de 2.015 (por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito),

en los artículos 11[1] y 41[2], definen las reglas relativas a la prescripción respecto de los prestadores de servicios de salud, en relación con las reclamaciones por las atenciones, las cuales, igualmente, remiten expresamente al artículo 1081 del Código de Comercio.

Ahora bien, el término de prescripción aplicable para las acciones derivadas del SOAT, sin ninguna discusión, lo determina el artículo 1081 del Código de Comercio. Así mismo, la ley de manera específica establece el momento a partir del cual debe contabilizarse el término prescriptivo. Establece la norma en referencia:

> ***"ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.***
>
> ***La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.".***

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

> *Sección 4. Otras condiciones generales del SOAT*
> *Artículo 2.6.1.4.4.1 Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:*
> *1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:*

---

[1] "Los prestadores de servicios de salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

> "b) ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio."

[2] El numeral 1 del artículo 41 del Decreto 056 de 2015, dispone:
"las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Comercio".

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.
1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.
1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.
1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima. (…)

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

- El Concepto 2008269-001 de 16 de julio del 2008 precisó que:

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

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

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

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

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

Lo anterior, teniendo en cuenta las funciones que el artículo 326 numeral 2 del EOSF asigna a éste Organismo respecto de la actividad de las entidades sometidas a su vigilancia, y que su competencia sobre las entidades promotoras de salud se circunscribe a la supervisión de la administración de los riesgos financieros por parte de estas (artículo 14 de la ley 1122 de 2007 y artículo 1° del Decreto 4185 de 2011).

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

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

De otra parte, a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar el aspecto relativo a su interrupción. Como quiera que el Código de Comercio no regula éste fenómeno, en virtud de la remisión expresa consignada en el artículo 822 del

mencionado Código, se debe acudir a las normas generales del derecho civil que señalan cómo se interrumpen los términos de prescripción, éstas se encuentran consignadas en el artículo 2539 del Código Civil y en el artículo 94 del Código General del Proceso.

(…).»

- En concepto 2016046856-001 del 14 de junio del 2016, expresó:

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

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

> *"Por su parte, el citado artículo 1081 consagra que la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen puede ser ordinaria —aquella en la que se contabilizan dos años desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción—, o extraordinaria —en virtud de la cual se cuentan cinco años a partir del momento en que nace el respectivo derecho, y corre contra toda clase de personas— .*
>
> *Sin embargo, a pesar de que en dicha norma el Código de Comercio estableció parámetros generales de temporalidad a partir de los cuales se debe contabilizar la prescripción, el artículo 41 del Decreto 56 de 2015, al definir ciertas condiciones aplicables a la póliza del SOAT, especificó el momento exacto desde el cual se tiene que contabilizar el término para*

solicitar la indemnización por incapacidad permanente. Puntualmente, dispuso que los beneficiarios de dicha prestación económica deben presentar su reclamación, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de "[l]a fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral".

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

En torno a este a punto, y en relación con las pólizas de SOAT, la Sala advierte que si bien el accidente de tránsito es el requisito sine qua non para que la operación del seguro se pueda activar, el reclamo de la indemnización aludida solo procede si la víctima de aquel suceso, como consecuencia de ese acontecimiento, sufre una incapacidad permanente calificada. Por ende, es apenas razonable que el término para presentar la solicitud cuente a partir de que se conozca dicha calificación, en la medida en que el hecho que da base a la solicitud de la prestación económica es la incapacidad permanente dictaminada, y no el acaecimiento del siniestro en sí mismo, pues, por ejemplo, puede que un accidente de tránsito no genere ningún tipo de secuela física o porcentaje de pérdida de capacidad en la víctima, caso en el cual, a pesar de la ocurrencia del accidente, la persona no tendría derecho al pago de la indemnización por incapacidad permanente.

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

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

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

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

Así las cosas, con fundamento en las consideraciones expuestas a lo largo de esta sentencia, y dado que la aseguradora demandada no contó, conforme lo exige la normatividad aplicable, el término de prescripción para presentar la reclamación económica a partir de la fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, la Sala advierte que, de haberlo hecho así, se hubiese tenido como fecha límite para presentar la solicitud de indemnización el día 10 de febrero de 2020 —es decir, dos años contabilizados a partir del

dictamen— y, por ende, la reclamación no hubiere podido ser rechazada aduciendo su prescripción ordinaria."

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

En los conceptos de la Superintendencia de Salud citados, se indicó que a efectos de establecer la fecha en que opera la prescripción, es preciso considerar la interrupción del término de la prescripción. Precisando que, si bien es cierto que el Código de Comercio no regula la interrupción o suspensión de este fenómeno, en virtud de la remisión expresa del artículo 822 ibidem, se debe dar aplicación a las normas generales del derecho civil que regulan la manera como opera la interrupción de los términos de prescripción, éstas se encuentran consagradas en el Artículo 2.539[3] del Código Civil y en el Artículo 94[4] del Código General del Proceso.

Es de resaltar al despacho que el término de prescripción de las acciones derivadas del SOAT, se interrumpe, bien sea civilmente en la fecha de presentación de la demanda cuando su notificación se surte dentro del término de un año contado a partir del día siguiente a la notificación; o naturalmente, por el hecho de reconocer el deudor la obligación, es decir, al momento en que el asegurador asume el pago de la indemnización o desde el momento en que la IPS formula la reclamación acompañada de los documentos necesarios para demostrar el siniestro y la cuantía.

por lo tanto si al verificar las reclamaciones que la parte demandante acompaña para acreditar la existencia de la obligación por la suma pretendida, podrá constatar que existen reclamaciones que datan del año 2.019, es decir, con más de 2 años, y si bien el término de prescripción pudo haberse interrumpido, esta interrupción no tuvo el efecto buscado, toda vez que entre la fecha de la reclamación y la fecha de presentación de la demanda transcurrieron más de 2 años.

---

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

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

En el caso objeto de estudio, las reclamaciones que se relacionan a continuación, pretendidas por la parte demandante, se encuentran prescritas teniendo en cuenta que entre la reclamación presentada por la CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., a la compañía SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A., y la presentación de la demanda, han trascurrido más de 2 años, sin haber ejercido las acciones derivadas del contrato de seguro obligatorio de accidente de tránsito.

Las reclamaciones que se encuentran prescritas son las siguientes:

169840 y 174839.

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

4. FACTURAS CONCILIADAS ENTRE LA ASEGURADORA Y LA IPS CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.

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

"(…) ARTICULO 1625. Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula.
Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:

1o.) Por la solución o pago efectivo.
2o.) Por la novación.
3o.) Por la transacción.
4o.) Por la remisión.
5o.) Por la compensación.
6o.) Por la confusión.
7o.) Por la pérdida de la cosa que se debe.
8o.) Por la declaración de nulidad o por la rescisión.
9o.) Por el evento de la condición resolutoria.
10.) Por la prescripción.

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

Lo anterior se menciona, toda vez que, en lo que respecta a los valores que son cobrados por la entidad demandante en este proceso, para cada una de las facturas aportadas con la demanda, debe precisarse, frente a estos, que fueron efectuadas entre SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. y CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S. jornadas especiales de conciliación entre pares, que permitió que se verificara un acuerdo en relación con pagos por parte de mi representada de algunas facturas, y aceptación de algunas objeciones por parte de la IPS, situación que se acredita, mediante actas de conciliación suscritas por su representante legal y medico auditor, la cual aporto también dentro de las pruebas relacionadas.

Todos los soportes con los que se fundamentan la presente excepción se encuentran cargados en LINK que comparte en el acápite de ANEXOS.

5. 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, hay varias acciones derivadas del SOAT se encuentran prescritas, y aunado a lo anterior un número importante se encuentran pagadas y otras reclamaciones fueron objetadas total o parcialmente, sin que exista obligación a cargo de la demandada, por lo que no puede hablarse de intereses moratorios.

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

OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO:

Como se puede observar del escrito de demanda, el abogado de la parte demandante, sin mediar ninguna operación aritmética o de realizar calculo alguno, se limita a manifestar olímpicamente que el juramento estimatorio asciende a la suma de $69.838.671, tomando el valor de la pretensión más unos supuestos intereses moratorios.

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

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

Así las cosas, no es posible que se pueda considerar por el despacho que el requisito del juramento estimatorio se encuentra cumplido generándose entonces la obligación de aplicar lo consagrado en el artículo 206 del código general del proceso que en su inciso 4 y 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 SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. ha cumplido con su carga de atender las mismas, pagando u objetando dependiendo el caso, por lo que al día de hoy no hay lugar a que se ordene que paguemos valor alguno, y consecuente a ello, no hay lugar a que nos ordenen a pagar intereses de ningún tipo.

PRUEBAS

1. **INTERROGATORIO DE PARTE:**

Cítese al representante legal de la CLÍNICA 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. **DECLARACIÓN DE PARTE:**

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

3. **DOCUMENTAL:**

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

- ANEXO 1 (Se encontrará, cada factura, con su correspondiente objeción, y las actas de conciliación)

4. TESTIMONIAL:

- Solicito se cite como testigo a la señora DIANA MARCELA CHACON, asesor proveedores de salud SOAT, quien puede recibir notificaciones en la Avenida el Dorado No. 68B - 31, piso 3 de la ciudad de Bogotá D.C, con el fin de que declare sobre los hechos que tiene conocimiento en el trámite de las facturas relacionadas en escrito de demanda así como de la contestación, especialmente con las excepciones y los documentos aportados en esta última, relacionado a los pagos, objeciones y conciliación de glosas realizadas por SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. a la sociedad demandante.

ANEXOS

- Los anunciados en el acápite de prueba documental, que se encuentran a disposición del despacho y las demás partes procesales, a través del siguiente link: https://ompabogados-my.sharepoint.com/:f:/p/aosorio/EnKrMRqBAb1DjHMrVwv47voB7xGQFzgj7svjsz4Db_fY-g?e=Brb5IV

NOTIFICACIONES

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

- Los demandantes y su apoderado reciben notificaciones en las direcciones indicadas en la demanda y a ellas me remito.
- Mi representada recibirá notificaciones en la Avenida el Dorado No. 68B - 31, piso 3 de la ciudad de Bogotá D.C. notificaciones@segurosbolivar.com
- El suscrito apoderado, en la Carrera 58 No 70 – 110, Oficina 4 segundo piso de la ciudad de Barranquilla, y al correo electrónico agomez@ompabogados.com

Señor Juez,

ALEXANDER GÓMEZ PÉREZ
No. 1.129.566.574
T.P. No. 185.144 del C. S. de la J.
CBG

Señores
JUZGADO ONCE CIVIL MUNICIPAL
BARRANQUILLA - ATLANTICO

Referencia: PROCESO VERBAL
Demandante: CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S
Demandado: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A
Radicado: 08001405301120220022400
Asunto: Poder Especial

MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO mayor y vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Usaquén, actuando en calidad de representante legal de **SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.** dada mi calidad de tercer suplente del presidente de la mencionada sociedad, lo cual se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se adjunta, de manera atenta manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a **ALEXANDER GÓMEZ PÉREZ** con cédula de ciudadanía No**.** 1.129.566.574 de Barranquilla y T.P. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, a **CESAR HERNANDO BENITEZ GARCIA,** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.140.861.154 de Barranquilla, portador de la Tarjeta Profesional No. 294.148 del Consejo Superior de la Judicatura, a **AUGUSTO CESAR NIEBLES RAMOS,** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.140.857.895 de Barranquilla, portador de la Tarjeta Profesional No. 267.222 , del Consejo Superior de la Judicatura, a **MARTIN JOSE GONZALEZ COLPAS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.044.429.626 de Puerto Colombia, portador de la Tarjeta Profesional No. 302.665, del Consejo Superior de la Judicatura, a **LINO ALEXANDER SANCHEZ ANILLO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.259.725 expedida en Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 201.206 del Consejo Superior de la Judicatura para que en nombre de la sociedad que represento actúen, intervengan y lleven hasta su culminación el proceso de la referencia.

Mis apoderados quedan facultados en los términos de los artículos 75 y 77 del Código General del Proceso y en especial quedan habilitados para conciliar, recibir, transigir, desistir y realizar todo cuanto juzguen necesario para el éxito de este mandato.

Atentamente,

SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.
notificaciones@segurosbolivar.com

MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO
C.C. 39.681.414 de Usaquén
Representante Legal

Aceptamos,

ALEXANDER GÓMEZ PÉREZ
C.C. 1.129.566.574 de Barranquilla
T.P. No. 185.144 del C.S.J.
agomez@ompabogados.com

AUGUSTO CESAR NIEBLES RAMOS
C.C. No 1.140.857.895 de B/quilla.
T.P. No 267.222 del C.S. de la J.
aniebles@ompabogados.com

CESAR HERNANDO BENITEZ GARCIA
C.C. No. 1.140.861.154 de Barranquilla
T.P. 294.148 del C. S. de la J
cbenitez@ompabogados.com

MARTIN JOSE GONZALEZ COLPAS ANILLO
C.C. No. 1.044.429.626 de Puerto Colombia
T.P. No 302.665 del C.S. de la J.
mgonzalez@ompabogados.com

LINO ALEXANDER SANCHEZ ANILLO
C.C. No. 72.259.725 de Barranquilla
T.P No. 201.206 del C.S. de la J.
lsanchez@ompabogados.com

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 8774377878229825

Generado el 06 de junio de 2022 a las 16:39:46

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: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.

NIT: 860002180-7

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Anónima. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 3435 del 02 de agosto de 1948 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

Escritura Pública No 3864 del 04 de agosto de 1992 de la Notaría 31 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocolizó el acuerdo de fusión autorizado por Resolución 3068 del 31 de julio de 1992, mediante el cual SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. absorbe a la ASEGURADORA DEL VALLE S.A., quedando esta última disuelta sin liquidarse.

Escritura Pública No 2583 del 29 de noviembre de 2001 de la Notaría 7 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocolizó el acuerdo de fusión autorizado por Resolución 1324 del 20 de noviembre de 2001, mediante el cual SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. absorbe a la ASEGURADORA EL LIBERTADOR S.A. antes INMOBILIARIA DE SEGUROS, quedando esta última disuelta sin liquidarse.

Escritura Pública No 761 del 12 de abril de 2004 de la Notaría 7 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). la sociedad tendrá su domicilio principal en Bogotá D.C.

Resolución S.F.C. No 2169 del 12 de diciembre de 2007 La Superintendencia Financiera de Colombia aprueba la escisión de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A. y Capitalizadora Bolívar S.A., se crearán tres nuevas sociedades beneficiarias a saber: INVERSIONES BOLÍVAR S.A., (beneficiaria de Seguros Bolívar S.A.), INVERCOMERCIALES S.A., (beneficiaria de Seguros Comerciales Bolívar S.A.), y INVERCAPI S.A. (beneficiaria de Capitalizadora Bolívar S.A.) protocolizada mediante Escritura Pública 3259 del 19 de diciembre de 2007 Notaria Septima de Bogotá D.C.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 846 del 07 de septiembre de 1948

REPRESENTACIÓN LEGAL: Presidente y suplentes, La sociedad tendrá un Presidente que será reemplazado en sus faltas absolutas, temporales o accidentales, por uno de cuatro (4) suplentes quienes ejercerán la Representación Legal de la Sociedad. No obstante lo anterior, la Junta Directiva podrá designar Representantes Legales para adelantar funciones judiciales, es decir para actuar ante las Autoridades Jurisdiccionales. Serán elegidos por la Junta Directiva para períodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente, lo que se entenderá surtido, si la Junta Directiva no manifiesta lo contrario. Así mismo, podrán ser revocados en cualquier tiempo, si la Junta Directiva así lo determina. Representación legal. La representación legal de la Sociedad, su dirección y administración, estará a cargo del Presidente de la Compañía o de sus suplentes cuando hagan sus veces, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo anterior y dentro de las normas de los estatutos y de las que adopte la Asamblea General y la Junta Directiva. No

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8774377878229825

Generado el 06 de junio de 2022 a las 16:39:46

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

podrán desempeñarse como administradores o directivos quienes tengan la calidad de socios o administradores de Sociedades intermediarias de seguros o quienes sean administradores de otra entidad aseguradora que explote los mismos ramos de negocios, así como cualquier otra persona frente a quien se presente inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Ley. Funciones del Presidente de la Sociedad. Corresponde al Presidente de la Sociedad: a) Representar a la Sociedad como persona jurídica; b) Ejecutar y hacer ejecutar todas las operaciones comprendidas dentro del objeto social, sujetándose a los estatutos, a las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y a las normas aplicables a la Sociedad; c) Constituir mandatarios y apoderados que obren a sus órdenes y representen a la Sociedad. Adicionalmente, podrá delimitar las funciones de los Representantes Legales de las Sucursales en virtud de los Representantes Legales para adelantar funciones judiciales; d) Celebrar o ejecutar todos los actos o contratos comprendidos dentro del objeto social de acuerdo con sus atribuciones legales, estatutarias y las que le confieran la Asamblea General y la Junta Directiva; e) Presentar a la Junta Directiva y con más de quince (15) días hábiles por lo menos de anticipación a la próxima reunión ordinaria de la Asamblea General de Accionistas, el balance, las cuentas, el inventario y la liquidación de los negocios, con un proyecto de distribución de utilidades y un informe sobre la marcha de la Compañía; f) Nombrar o remover todos los empleados y funcionarios de la Compañía cuyo nombramiento no corresponda a la Junta Directiva o a la Asamblea General de Accionistas; g) Convocar a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias y mantenerla al corriente de los negocios sociales, h) Nombrar árbitros y componedores; i) Presentar a la Junta Directiva la proposición de nombramientos o remoción de gerentes de sucursales; j) Suscribir las actas junto con el Secretario General, en el caso de reuniones no presenciales de Asamblea y Junta Directiva, las cuales deberán elaborarse y asentarse en el libro respectivo, dentro de los treinta días siguientes a aquel en que ocurrió el acuerdo; k) Realizar los esfuerzos conducentes al adecuado desarrollo del objeto social; l) Velar porque se permita la adecuada realización de las funciones encomendadas a la Revisoría Fiscal; m) Guardar y proteger la reserva industrial y comercial de la Sociedad; n) Abstenerse de utilizar indebidamente información privilegiada; o) Dar un trato equitativo a todos los Accionistas y respetar el ejercicio del derecho de inspección de todos ellos; p) Velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales o estatutarias; q) Abstenerse de participar por sí o por interpuesta persona en interés personal o de terceros, en actividades que impliquen competencia con la Sociedad o en actos respecto de los cuales exista conflicto de interés, salvo autorización expresa de la Asamblea General de Accionistas y velar porque no se presenten conflictos de interés en decisiones que tengan que tomar los Accionistas, Directores, Administradores y en general los funcionarios de la Sociedad. En todo caso la autorización de la Asamblea General de Accionistas sólo podrá otorgarse cuando el acto no perjudique los intereses de la Sociedad; r) Ejercer las demás funciones que le asignen o deleguen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva. (Escritura Pública 0605 del 14 de abril de 2015 Notaria 65 de Bogotá).

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro Alberto Carrillo Buitrago Fecha de inicio del cargo: 01/01/2022	CC - 79459431	Presidente
Juan Manuel Barrera Fernández Fecha de inicio del cargo: 13/02/2020	CC - 79578870	Primer Suplente del Presidente
Sandra Isabel Sánchez Suarez Fecha de inicio del cargo: 18/06/2015	CC - 51710260	Segundo Suplente del Presidente
María De Las Mercedes Ibáñez Castillo Fecha de inicio del cargo: 09/08/1994	CC - 39681414	Tercer Suplente del Presidente
Álvaro José Cobo Quintero Fecha de inicio del cargo: 26/11/2020	CC - 14898861	Cuarto Suplente del Presidente
Allan Iván Gómez Barreto Fecha de inicio del cargo: 09/03/2021	CC - 79794741	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8774377878229825

Generado el 06 de junio de 2022 a las 16:39:46

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Hernando Fabiano Ramírez Rojas Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018	CC - 79911703	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Rafael Andres Velez Peñarete Fecha de inicio del cargo: 28/12/2021	CC - 80757549	Representante Legal para Efectos Exclusivamente Judiciales
Juan Fernando Parra Roldán Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 79690071	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Elsa Magdalena Pardo Rey Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 21068659	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Daniel Alberto Tocarruncho Mantilla Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018	CC - 7173298	Representante Legal para Efectos Exclusivamente Judiciales

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, aviación, corriente débil, cumplimiento, estabilidad y calidad de la vivienda nueva, incendio, multirriesgo familiar, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, semovientes (con circular externa 008 del 21 de abril de 2015 se elimina el ramo de seguro de semoviente y pasa a formar parte del ramo de seguro Agropecuario. Este último ramo, estará conformado por los ramos Agrícola, semovientes, así como otros relacionados con recursos naturales, vegetales y animales), sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes y vidrios.

A raíz de la fusión de ASEGURADORA EL LIBERTADOR, los siguientes ramos de seguros fueron tomados por SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S. A., compañía absorbente: arrendamiento, automóviles, cumplimiento, estabilidad y calidad de la vivienda nueva, incendio, lucro cesante, manejo, responsabilidad civil, sustracción, terremoto, transportes y vidrios.

Con Reoslución 0460 del 16 de abril de 2015, revoca la autorización concedida a Seguros Comerciales Bolivar S.A., para operar el ramo de seguros de Semovientes

Resolución S.B. No 2573 del 01 de julio de 1992 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)

Resolución S.B. No 58 del 12 de enero de 1993 A raíz de la fusión de ASEGURADORA EL LIBERTADOR, los siguientes ramos de seguros fueron tomados por SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S. A., compañía absorbente: Colectivo de vida, vida grupo

Resolución S.B. No 732 del 08 de marzo de 1993 A raíz de la fusión de ASEGURADORA EL LIBERTADOR, los siguientes ramos de seguros fueron tomados por SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S. A., compañía absorbente: corriente débil y rotura de maquinaria.

Resolución S.B. No 1881 del 11 de junio de 1993 A raíz de la fusión de ASEGURADORA EL LIBERTADOR, los siguientes ramos de seguros fueron tomados por SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S. A., compañía absorbente: accidentes personales, exequias.

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 a) se eliminó el ramo de estabilidad y calidad de la vivienda nueva. b) el ramo de multiriesgo familiar se comercializará bajo el ramo de hogar. c) el ramo de riesgos de minas y petróleos se denominará ramo de minas y petróleos. d) El ramo de arrendamiento se comercializará bajo el ramo de cumplimiento.

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 8774377878229825

Generado el 06 de junio de 2022 a las 16:39:46

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

Resolución S.F.C. No 2130 del 22 de noviembre de 2011 autoriza el ramo de Seguro de Desempleo

Resolución S.F.C. No 2186 del 27 de diciembre de 2012 autoriza a operar el ramo de Seguro de Daños Corporales Causados a las Personas en Accidentes de Tránsito - SOAT.

Oficio No 2020180174 del 06 de agosto de 2020 ,autoriza el ramo Seguro Decenal

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