

Señores

**JUZGADO ONCE (11°) CIVIL MUNICIPAL
BARRANQUILLA – ATLANTICO**

E. S. D.

REF: PROCESO VERBAL

DEMANDANTE: CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.

DEMANDADO: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

RAD: 08001405301120220018600

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 SEBASTIAN HERNANDEZ 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 el Decreto 806 de 2020; 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 **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 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 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 hecho hace mención a 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 CLINICA 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 CLINICA 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 debe que 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 este hecho, el apoderado de la parte demandante presenta un total desconocimiento de las normas aplicables a las aseguradoras en eventos en los cuales se presenten reclamaciones por atención de víctimas de accidentes de tránsito.

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 y no limitadas como lo pretende hacer creer el apoderado de la demandante.

AL HECHO OCTAVO: No es cierto este hecho, el apoderado de la parte demandante presenta un total desconocimiento de las normas aplicables a las aseguradoras en eventos en los cuales se presenten reclamaciones por atención de víctimas de accidentes de tránsito.

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

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 y no limitadas como lo pretende hacer creer el apoderado de la demandante.

AL HECHO NOVENO: Manifiesto al despacho que este hecho no contiene 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 con cargo al SOAT se encuentran prescritas.
- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidente de tránsito fueron oportunamente objetadas parcialmente porque su pago no era procedente.
- Las reclamaciones por atenciones a víctimas de accidentes de tránsito fueron objetadas por el asegurador, porque no procedía su pago, bien fuera porque no aconteció un accidente de tránsito, o el vehículo asegurado con el SOAT no estuvo involucrado en el mismo o el siniestro ocurrió por fuera de la vigencia del SOAT.
- Las reclamaciones por atención a víctimas de accidente de tránsito fueron pagadas extinguiéndose la obligación a cargo del asegurador.

EXCEPCIONES DE MERITO PRINCIPALES

1. LAS NORMAS APLICABLES DENTRO DEL PRESENTE PROCESO SON LAS CONTENIDAS EN EL CONTRATO 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 una interpretación que contraría 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, sino ante una decisión carente de fundamento jurídico, dictada según el capricho del operador jurídico, desconociendo la ley, y trascendiendo al nivel constitucional en tanto comprometen los 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 inferior); (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 campos 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 análisis juicioso 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 instancia debe que aplicar las normas del Contrato de Seguro contemplado en el código de comercio art 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 situaciones jurídicas 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 realicen las 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 el Estatuto 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 siguientes términos:

“4. Acción para reclamar. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los Subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990. (...)

Es claro como la norma antes transcrita 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 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 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 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° 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 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 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. (...)”

Situación que reiteramos, se rige por las normas especiales que regulan la materia como lo son 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 normas aplicables en estos casos son las 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 entrada en 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. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

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 PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

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

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

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

A su vez, de manera específica, el Decreto 056 de 2.015 (por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito), en los artículos 11¹ y 41², definen las reglas relativas a la prescripción respecto de los prestadores de servicios de salud, en relación con las reclamaciones por las atenciones, las cuales, igualmente, remiten expresamente al artículo 1081 del Código de Comercio.

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

“ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

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”.

Sección 4. Otras condiciones generales del SOAT

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

1. *Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:*
 - 1.1. *La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.*
 - 1.2. *La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.*
 - 1.3. *La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.*
 - 1.4. *La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima. (...)*

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

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

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

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

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

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

En atención al objeto de su consulta, debemos aclararle el alcance del pronunciamiento de esta Superintendencia, el cual se refiere a los aspectos concernientes a las prestaciones asumidas por las

aseguradoras, específicamente en relación con el funcionamiento del seguro obligatorio para daños corporales causados a las personas por accidentes de tránsito (SOAT), conforme a la regulación establecida en el Capítulo IV de la Parte Sexta, artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF) y demás disposiciones que la modifican o adicionan.

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

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

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

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

(...).»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ante la junta la presenta la compañía de seguros , quien además debe asumir los honorarios de aquella .

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

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

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

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

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

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,

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.”

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 2018, 2019 y 2020, es decir, con más de 2 años, y desde la fecha de presentación de la demanda (23 de marzo de 2022) transcurrieron más de 2 años.

En el caso objeto de estudio, de las reclamaciones que se relacionan y que son pretendidas por la parte demandante, 23 se encuentran prescritas teniendo en cuenta que, entre la reclamación presentada por la CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., a la compañía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, y la presentación de la demanda, transcurrieron 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:

RECLAMACIÓN	FECHA DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESCRIPCIÓN	ESTADO
132851	29-08-2018	29-08-2020	PRESCRITA
132850	29-08-2018	29-08-2020	PRESCRITA
137216	26-10-2018	26-10-2020	PRESCRITA
137200	26-10-2018	26-10-2020	PRESCRITA
138461	09-11-2018	09-11-2020	PRESCRITA
139963	04-12-2018	04-12-2020	PRESCRITA
141549	27-12-2018	27-12-2020	PRESCRITA
144117	23-01-2019	23-01-2021	PRESCRITA
144548	24-01-2019	24-01-2021	PRESCRITA
168044	26-11-2019	26-11-2021	PRESCRITA
168746	28-11-2019	28-11-2021	PRESCRITA
139310	20-11-2018	20-11-2020	PRESCRITA
139298	20-11-2018	20-11-2020	PRESCRITA
139297	20-11-2018	20-11-2020	PRESCRITA
140427	04-12-2018	04-12-2020	PRESCRITA
141384	18-12-2018	18-12-2020	PRESCRITA
141304	18-12-2018	18-12-2020	PRESCRITA
140992	18-12-2018	18-12-2020	PRESCRITA
142927	17-01-2019	17-01-2021	PRESCRITA
142766	17-01-2019	17-01-2021	PRESCRITA
142758	17-01-2019	17-01-2021	PRESCRITA
142289	17-01-2019	17-01-2021	PRESCRITA
141721	18-12-2018	18-12-2020	PRESCRITA

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 las se están reclamando en el presente proceso.

EXCEPCIONES DE MERITO SUBSIDIARIAS

1. 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 CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la auditoría y estudio correspondiente, la compañía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, objetó total o parcialmente, a 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 no correspondió a un accidente de tránsito
- 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 transcrita, además de establecer unos requisitos, hace remisión expresa al artículo 1077 del Código de Comercio, al establecer como exigencia a los establecimientos hospitalarios acreditar su derecho, lo que se traduce en instituir para las reclamaciones por conceptos de gastos médicos a víctimas de accidentes de tránsito la “Prueba de daños” como regla para obtener el “Pago de indemnizaciones” en el SOAT prevista en el artículo 194 del EOSF.

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

“las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos laborales”.

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

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

Ahora bien, el decreto 056 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, establecen el régimen legal aplicable a las reclamaciones que realicen las IPS a las aseguradoras, para lo cual establecen que, en lo no regulado por los mencionados decretos para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para

las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

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.

2. 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 CLINICA 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 2015, 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 2015, 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. (...)"

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 2015⁴.
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.

⁴ Hoy artículo 2.6.1.4.3.5 del Decreto Único 780 de 2016.

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 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 previstos 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.

3. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL PAGO CON CARGO A UNA POLIZA SOAT EXPEDIDA POR LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, POR HABER SIDO OBJETADA TOTALMENTE POR NO CORRESPONDER A UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

El numeral 4 del Artículo 195 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, hace referencia a una norma que para el análisis que haga el juez resulta de vital importancia, y es el Artículo 1.077 del Código de Comercio, normas que establecen la obligación del asegurado de acreditar el siniestro y la cuantía y la posibilidad que tiene el asegurador de objetar el derecho reclamado con hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad.

La CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., presentó a mi representada algunas reclamaciones y luego de realizar la auditoría y estudio correspondiente, la compañía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS objetó total o parcialmente, debido a que se pudo establecer:

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

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

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

En relación a la auditoría 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 efectivamente las lesiones que motivaron la atención médica, fueron ocasionadas en un accidente que según la norma pudo ser considerado como accidente de tránsito.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- iv. Cuando el accidente ocurre en una vía de carácter privada con restricción para su ingreso.
- v. Cuando el daño se produzca directamente por la caída del vehículo automotor sobre la persona sin que este en movimiento o por un choque de la persona con un vehículo que se encuentre detenido.

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., al examinar las reclamaciones presentadas por CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., y teniendo en cuenta la auditoría interna, obtuvo establecer que el accidente que se pretendía catalogar como de tránsito no tenía las características de este tipo de evento, porque en la situaciones de tiempo modo o lugar no estuvo involucrado un vehículo en movimiento o aconteció en una vía privada con restricciones para su ingreso, logrando establecer que correspondían a un accidente doméstico, laboral o de otro tipo, y que lo que se estaba haciendo, era aparentar como un accidente de tránsito para obtener las prestaciones económicas por atenciones médicas. Es así como accidentes sufridos por las víctimas al interior de sus viviendas, sufridos por peatones al caer en andenes, calles, caños, accidentes sufridos por personas al transitar por espacios comerciales, lugares de trabajo o colisiones de peatones contra vehículos detenidos o lesiones sufridas por la caída de motocicletas o vehículos cuando se están reparando, se pretendieron convertir en accidentes de tránsito donde no estuvo involucrado un vehículo asegurado con SOAT, siendo el único objetivo obligar erróneamente al sistema del SOAT, dar cobertura a atenciones médicas de víctimas de accidentes de tránsito.

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

En la carpeta denominada NO SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRÁNSITO, se relacionan todas las reclamaciones que mi representada objetó de manera total a CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S., porque se logró establecer que el evento, que generó las lesiones atendidas, no fue un accidente de tránsito, como es el caso de 11 de las reclamaciones que presento la hoy demandante ante mi representada, las cuales se relacionan a continuación:

RECLAMACIÓN	MOTIVO DE LA OBJECCIÓN
139310	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REFIERE LA LESIONADA QUE EL SINIESTRO OCURRE DENTRO DEL GARAJE SITIO PRIVADO Y QUE EL VEHICULO NO SE ENCONTRABA EN CIRCULACION DE LA VIA PUBLICA
139298	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA QUE AUDITORIA INTERNA CONFIRMAR QUE EL VEHICULO NO SE ENCONTRABA EN CIRCULACION DE LA VIA PUBLICA, LA LESIONADA CONFIRMA QUE EL SINIESTRO OCURRE DENTRO DEL GARAJE DE LA CASA (SITIO PRIVADO)
139297	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA QUE AUDITORIA INTERNA CONFIRMAR QUE EL VEHICULO NO SE ENCONTRABA EN CIRCULACION DE LA VIA PUBLICA, LA LESIONADA CONFIRMA QUE EL SINIESTRO OCURRE DENTRO DEL GRAJA DE LA CASA (SITIO PRIVADO)
140427	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REFIERE LA LESIONADA QUE EL SINIESTRO OCURRE DENTRO DEL GARAJE SITIO PRIVADO Y QUE EL VEHICULO NO SE ENCONTRABA EN CIRCULACION DE LA VIA PUBLICA
141384	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REFIERE LA LESIONADA QUE EL SINIESTRO OCURRE DENTRO DEL

	GARAJE SITIO PRIVADO Y QUE EL VEHICULO NO SE ENCONTRABA EN CIRCULACION DE LA VIA PUBLICA
141304	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REFIERE LA LESIONADA QUE EL SINIESTRO OCURRE DENTRO DEL GARAJE SITIO PRIVADO Y QUE EL VEHICULO NO SE ENCONTRABA EN CIRCULACION DE LA VIA PUBLICA
140992	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REFIERE LA LESIONADA QUE EL SINIESTRO OCURRE DENTRO DEL GARAJE SITIO PRIVADO Y QUE EL VEHICULO NO SE ENCONTRABA EN CIRCULACION DE LA VIA PUBLICA
142927	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REFIERE LA LESIONADA QUE EL SINIESTRO OCURRE DENTRO DEL GARAJE SITIO PRIVADO Y QUE EL VEHICULO NO SE ENCONTRABA EN CIRCULACION DE LA VIA PUBLICA
142766	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REFIERE LA LESIONADA QUE EL SINIESTRO OCURRE DENTRO DEL GARAJE SITIO PRIVADO Y QUE EL VEHICULO NO SE ENCONTRABA EN CIRCULACION DE LA VIA PUBLICA
142758	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REFIERE LA LESIONADA QUE EL SINIESTRO OCURRE DENTRO DEL GARAJE SITIO PRIVADO Y QUE EL VEHICULO NO SE ENCONTRABA EN CIRCULACION DE LA VIA PUBLICA
142289	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA REFIERE LA LESIONADA QUE EL SINIESTRO OCURRE DENTRO DEL GARAJE SITIO PRIVADO Y QUE EL VEHICULO NO SE ENCONTRABA EN CIRCULACION DE LA VIA PUBLICA

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

4. 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 CLINICA 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. COMPAÑÍA 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 médica 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 y/o NO AFECTAR LA PÓLIZA DEL VEHÍCULO EN QUE VIAJABA LA VÍCTIMA, se relacionan todas las reclamaciones que mi representada objetó de manera total a 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 15 de las reclamaciones que presento la hoy demandante ante mi representada, las cuales se relacionan a continuación:

RECLAMACIÓN	MOTIVO DE LA OBJECCIÓN
132851	OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT SEGÚN AUDITORÍA INTERNA REALIZADA AL LESIONADO DONDE INDICA QUE SOLO HA PRESENTADO UN ACCIDENTE DE

	TRÁNSITO DONDE REFIERE DIFERENTE CONDICIÓN Y VEHÍCULO INVOLUCRADO, DISTINTOS HECHOS Y DIFERENTE FECHA
132850	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT SEGÚN AUDITORÍA INTERNA REALIZADA AL LESIONADO DONDE INDICA QUE SOLO HA PRESENTADO UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO DONDE REFIERE DIFERENTE CONDICIÓN, VEHÍCULO INVOLUCRADO, DISTINTOS HECHOS Y DIFERENTE FECHA DE SINIESTRO
137216	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA QUE AUDITORÍA INTERNA REFIERE QUE LA LESIONADA SE MOVILIZABA EN UNA MOTOCARRO DE PLACAS 796ABG Y LA ENTIDAD ESTA GENERANDO COBRO POR MOTOCARRO DE PLACAS 321AAD, EL CUAL NO ESTUVO INVOLUCRADO EN EL SINIESTRO.
137200	SE OBJETA POR POLIZA PRESTADA SEGUN AUDITORIA INTERNA REFIERE EL LESIONADO SE MOVILIZABA EL LESIONADO EN UNA MOTO DE PLACA JQE33C EL CUAL NO APORTA SOAT VIGENTE Y PIDE QUE LE PRESTEN LOS PAPELES DE LA MOTO PLACA JYP07B PARA RECIBIR LA ATENCION MEDICA
138461	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT SEGUN AUDITORIA INTERNA REFIERE LA TOMADORA DE LA POLIZA LA SEÑORA RUTH MARINA MATOS QUE ELLA TIENE LA MOTO BAJO SU PROPIEDAD Y NO LA HA PRESTADO HA NADIE INDICA QUE LA MOTO NO HA TENIDO ACCIDENTES DE TRANSITO.
139963	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT SEGUN AUDITORIA INTERNA REFIERE LA TOMADORA DE LA POLIZA LA SEÑORA RUTH MARINA MATOS QUE ELLA TIENE LA MOTO BAJO SU PROPIEDAD Y NO LA HA PRESTADO HA NADIE INDICA QUE LA MOTO NO HA TENIDO ACCIDENTES DE TRANSITO.
141549	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA QUE AUDITORÍA INTERNA REFIERE QUE LA LESIONADA SE MOVILIZABA EN UNA MOTOCARRO DE PLACAS 796ABG Y LA ENTIDAD ESTA GENERANDO COBRO POR MOTOCARRO DE PLACAS 321AAD, EL CUAL NO ESTUVO INVOLUCRADO EN EL SINIESTRO.
144117	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT SEGUN AUDITORIA INTERNA REFIERE LA TOMADORA DE LA POLIZA LA SEÑORA RUTH MARINA MATOS QUE ELLA TIENE LA MOTO BAJO SU PROPIEDAD Y NO LA HA PRESTADO HA NADIE INDICA QUE LA MOTO NO HA TENIDO ACCIDENTES DE TRANSITO.
144548	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT, TENIENDO EN CUENTA QUE AUDITORÍA INTERNA REFIERE QUE LA LESIONADA SE MOVILIZABA EN UNA MOTOCARRO DE PLACAS 796ABG Y LA ENTIDAD ESTA GENERANDO COBRO POR MOTOCARRO DE PLACAS 321AAD, EL CUAL NO ESTUVO INVOLUCRADO EN EL SINIESTRO.
168044	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EN LA CUAL EL CONDUCTOR INVOLUCRADO REFIERE QUE SE MOVILIZABA JUNTO CON EL OCUPANTE EN LA MOTO BOXER AZUL DE PLACAS GTE07E CUYO SOAT SE ENCONTRABA VENCIDO Y LE FUE FACILITADO EL SOAT DE OTRA MOTOCICLETA PARA RECIBIR ATENCIÓN MEDICA
168746	SE OBJETA POR POLIZA PRESTADA, TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA DONDE EL LESIONADO REFIERE QUE PARA EL DIA DEL ACCIDENTE LA MOTO EN LA QUE SE MOVILIZABA TENIA EL SOAT VENCIDO Y ES ATENDIDO CON LOS DOCUMENTO DE LA MOTO DE PLACA PLACAS GTE07E QUE LE PRESTA UN AMIGO, LA CUAL NO ESTUVO INVOLUCRADA EN EL SINIESTRO.
3086	SE OBJETA POR COMCURENCIA TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EL LESIONADO REFIERE QUE SE MOVILIZABA EN OTRA MOTO Y ES ATENDIDO CON EL SOAT DE LA MOTO DE PLACA PBZ72E MARCA BAJAJ LA CUAL LO COLISIONÓ
4251	SE OBJETA POR CONCURENCIA TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EL LESIONADO REFIERE QUE SE MOVILIZABA COMO OCUPANTE DE OTRA

	MOTO COLOR NEGRA Y ES ATENDIDO CON EL SOAT DE LA MOTO DE PLACA PBZ72E MARCA BAJAJ AZUL LA CUAL LO COLISIONÓ
6435	SE OBJETA POR NO CUBIERTO SOAT DE ACUERDO A AUDITORIA TELEFONICA CON TOMADOR LA SEÑORA KAREN ANDREA JIMENEZ GARCIA QUIEN INDICA QUE SU MOTO NO HA PRESENTADO NINGUN ACCIDENTE, PARA LA FECHA DEL ACCIDENTE ELLA TENIA LA MOTO EN SU PODER, ES PARA SU USO PERSONAL Y NO CONOCE A PACIENTE-CONDUCTOR
7249	SE OBJETA POR CONCURENCIA TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EL LESIONADO REFIERE QUE SE MOVILIZABA COMO OCUPANTE DE OTRA MOTO COLOR NEGRA Y ES ATENDIDO CON EL SOAT DE LA MOTO DE PLACA PBZ72E MARCA BAJAJ AZUL LA CUAL LO COLISIONÓ

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 EXISTIR CONCURENCIA DE VEHICULOS EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Las normas que definen las condiciones de cobertura del SOAT establecen que en caso de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más automotores, cada entidad aseguradora cubrirá las indemnizaciones de los ocupantes de aquel que tenga asegurado, tenemos que la víctima se movilizaba en el otro vehículo involucrado en el accidente de tránsito, por lo que LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., no puede amparar lo solicitado en las siguientes reclamaciones:

RECLAMACIÓN	MOTIVO DE LA OBJECCIÓN
3086	SE OBJETA POR COMCURENCIA TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EL LESIONADO REFIERE QUE SE MOVILIZABA EN OTRA MOTO Y ES ATENDIDO CON EL SOAT DE LA MOTO DE PLACA PBZ72E MARCA BAJAJ LA CUAL LO COLISIONÓ
4251	SE OBJETA POR CONCURENCIA TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EL LESIONADO REFIERE QUE SE MOVILIZABA COMO OCUPANTE DE OTRA MOTO COLOR NEGRA Y ES ATENDIDO CON EL SOAT DE LA MOTO DE PLACA PBZ72E MARCA BAJAJ AZUL LA CUAL LO COLISIONÓ
7249	SE OBJETA POR CONCURENCIA TENIENDO EN CUENTA AUDITORIA INTERNA EL LESIONADO REFIERE QUE SE MOVILIZABA COMO OCUPANTE DE OTRA MOTO COLOR NEGRA Y ES ATENDIDO CON EL SOAT DE LA MOTO DE PLACA PBZ72E MARCA BAJAJ AZUL LA CUAL LO COLISIONÓ

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 médica⁵, procedió a hacer efectivo los pagos contenidos en 2 de las reclamaciones presentadas por la CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.

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 DIA 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.

Conforme a los anteriores fundamentos de orden legal y probatorio, nos ratificamos en la interposición de las presentes excepciones, por lo cual me permito solicitarle de manera respetuosa, se sirva DECLARARLAS PROBADAS.

7. 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 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

⁵ "(...) 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

el juramento estimatorio asciende a la suma de \$ 99.530.509.00, 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 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, 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 párrafo establecen:

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

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

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

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

Así las cosas, al no existir una liquidación o sustentación adecuada del juramento estimatorio por el demandante, no hay posibilidad de realizar un pronunciamiento de fondo sobre la misma, por lo que al requerir el artículo 206 que mi representada establezca las inexactitudes que se le atribuya a la estimación, por lo que quiero ser contundente en afirmar que la liquidación que realizamos nosotros, es de cero (0) pesos, pues al revisar una por una las reclamaciones que tienen que ver con las facturas que se aportan al presente proceso, se ha verificado que 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 CLINICA 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. [LINK DE ACCESO](#)
2. CARPETA CON LOS SOPORTES DE LAS OBJECIONES POR NO CORRESPONDER A UN ACCIDENTE DE TRANSITO EL EVENTO QUE SE RECLAMA. [LINK DE ACCESO](#)
3. CARPETA CON LOS SOPORTES DE LAS OBJECIONES POR NO CORRESPONDER AL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO. [LINK DE ACCESO](#)
4. CARPETA CON LOS SOPORTES DE LAS OBJECIONES POR CONCURRENCIA DE VEHÍCULOS EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO. [LINK DE ACCESO](#)

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 el Decreto 806 de 2020.
- 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 el Decreto 806 de 2020.

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: operez@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.

LASA