REPÚBLICA DE COLOMBIA
JUZGADO DOCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
SENTENCIA DE 1ª INSTANCIA No. 225

PROCESO	DECLARATIVO
DEMANDANTE	COSMITET LTDA CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA - COSMITET LTDA
DEMANDADO	SEGUROS DEL ESTADO SA
RADICACIÓN	76-001-31-03-012/**2019-00164**-00

Santiago de Cali, seis (06) de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

I. OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO

Dictar sentencia de primera instancia que dirima el conflicto planteado en la demanda dentro del proceso declarativo de prestación de servicios de salud al asegurado de la referencia.

II. PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Pretende la parte demandante lo siguiente:

Se declare que **COSMITET LTDA. - CORPORACIÓN DE SERVICIOSMÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CÍA L.,** prestó los servicios de salud al asegurado, tomador de las respectivas pólizas de Seguros de Daños Corporales causados a las personas en Accidentesde Tránsito SOAT de SEGUROS DEL ESTADO S.A**,** servicios contenidos dentro de cada una de las facturas allegadas al libelo.

Se observa que las pretensiones se encuentran numeradas de la 1 a la 690, para un total de 690 facturas las cuales ascienden a la suma de $821.165.678 y además solicita el pago de los intereses moratorios de las facturas por un valor de $943.161.896.

III. HECHOS QUE SIRVEN DE BASE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

En la demanda se ha indicado que la demandante COSMITET LTDA CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA - COSMITET LTDA, es una entidad prromotora del servicio de salud y quien genero a cargo de SEGUROS DEL ESTADO SA, 690 facturas en calidad de beneficiaria por la prestación de

las atenciones en salud a los pacientes que sufrieron accidentes de tránsito y quienes se encontraban asegurados por la póliza de seguros de daños corporales causados a personas en accidente de tránsito SOAT, adquirida a a SEGUROS DEL ESTADO SA.

COSMITET LTDA. CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CÍA L, informa que radicó las facturas originales, con sus anexos completos conforme lo indicado por el artículo 21 del Decreto número 4747 de 2007, a nte la aseguradora SEGUROS DEL ESTADO S.A., en la que se establecen los servicios prestados a los pacientes y su valor individual, de las cuales a la fecha no se ha obtenido pago alguno.

La demandada SEGUROS DEL ESTADO S.A., contesta al cobro de las facturas por la prestación de los servicios de salud brindados a las víctimas, OBJETANDO LA RECLAMACIÓN presentada, indicando que verificado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, consolidada por el Ministerio de la Protección Social en su página Web, se pudo determinar que COSMITET LTDA – Sede Clínica Rey David, no se encontraba habilitada para cuando prestó los servicios facturados y por ello no proceden al pago de las mismas.

COSMITET LTDA. CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CÍA L es una Institución prestadora de servicios de salud, que cuenta con habilitación desde el 15 de abril de 2003 la cual durante todos estos años, prestando sus servicios a toda la población que requiera atenciones en salud, dentro de los diferentes planes, convenios o atenciones a póliza SOAT según sea el caso.

IV. ACTUACIÓN PROCESAL

Demanda.

Por reunir la demanda los requisitos de ley, fue admitida mediante auto No. 066 de fecha 17 de febrero de 2020, mediante auto del 28 de octubre de 2020, se tiene por reformada la demanda (Estado No. 086 del 17 de noviembre de 2020).

V. CONTESTACIONES

- **SEGUROS DEL ESTADO SA**, al momento de contestar la demanda señalo que se opone a las pretensiones de la demanda pues considera que no se cumplió por parte de la entidad demandada con el lleno de los requisitos exigidos por la ley y la jurisprudencia; pues las facturas aportadas fueron glosadas y objetadas.

  Manifestó que se opone a las pretensiones, pues las pretensiones no tienen sustento de hecho y derecho, en una demanda que no cumple con lo descrito en la norma y en la que no se arrima la totalidad de los documentos para confeccionar una factura.

  En cuanto a las excepciones de mérito propuso las de?

  -GLOSA RATIFICADA, en cuanto a los cobros que fueron glosados debe aplicarse lo señalado en el Decreto 4747 de 2007, el cual regulo como debe proceder la facturación y las glosas. FACTURAS OBJETADAS, informa que la entidad demandada notifico al prestador de los servicios de salud las causales por las cuales se objetan las facturas

al no existir obligación legal ni contractual.

-PRESCRIPCION DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO, pues todas las facturas pretendidas por el demandante datan de la fecha de servicios del año 2013, 2014 y 2015. derivada
-INEXISTENCIA FRL LLENO DE LOS REQUISITOS DE ORDEN SUSTANCIAL PARA LA INTEGRACION DE LA RECLAMACION, como por ejemplo la habilitación necesaria como requisito mínimo para la prestación del servicio.

-AUSENCIA DE LOS REQUISITOS PARA CONFORMAR EL TITULO VALOR COMPLEJO OBJETO DE LA RECLAMACION, INEXISTENCIA DE LOS REQUISITOS SUSTANCIALES DE LA RECLAMACION, pues asegura que para el pago de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios no podrán ostentar la calidad de títulos valores ni ejecutivos, además los requisitos sustanciales de la reclamación, como quiera que la obligación no es clara, expresa ni actualmente exigible, pues la ley exige el cumplimiento de varios requisitos para su pago.

-LOS DOCUMENTOS APORTADOS FUERON OBJETADOS O GLOSADOS SIN SUBSANACION POR LA DEMANDANTE, fundamenta esta excepción en el hecho de que estas reclamaciones fueron objetadas de manera oportuna por Seguros del Estado S.A., haciendo que la obligación dineraria, no sea, clara, expresa ni actualmente exigible y este es un elemento indispensable para que preste merito ejecutivo.

CONSIDERACIONES

I. PRESUPUESTOS PROCESALES.

Los presupuestos procesales de competencia del juez, capacidad para ser parte, para comparecer al proceso y demanda en forma se cumplen en esta ocasión en la cual las partes se encuentran igualmente legitimados en la causa tanto por activa como por pasiva respectivamente, teniendo en cuenta que el demandante es quien, en su calidad de prestadores del servicio de salud, pretenden la declaratoriA de la prestación de los servicios al asegurado, tomador de la póliza de Seguros de Daños Corporales causados a las personas en Accidentes de Tránsito SOAT de SEGUROS DEL ESTADO S.A., contenidos en facturas aportadas en el proceso.

II. MARCO NORMATIVO

El presente asunto se resolverá en el entendido que se trata de un proceso Declarativo en el que se persigue la declaración de la prestación de los servicios de salud referidos en las facturas allegadas al plenario, más no de un proceso ejecutivo en el que se requiera el estudio de las mismas a la luz de los elementos que las consitituyen como titulos valores, segun la normatividad comercial.

Para la determinación de la procedencia de las pretensiones se analizará la existencia o no de la prestación de los servicios médicos y la existencia de la responsabilidad de la entidad demandada en la medida que además de la prestación del servicio, el mismo se haya prestado con fundamento en una póliza SOAT, de la cual se deriva la obligación contractual de asumir el pago de las prestaciones en salud suministradas a los bebeficiarios de las mismas, esto es a los afectados en su integridad fisica en accidente de tránsito.

III. Régimen del contrato de seguros en caso de accidente.

Todo contrato de seguro está sometido a unas condiciones generales previstas en el Código de Comercio (artículos 1036-1082), así como a unas condiciones particulares que establecen las especificadas del cubrimiento.

En particular, el artículo 2° del Decreto 3990 de 2007 "por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat, y se dictan otras disposiciones.", establece los derechos de las personas que sufran accidentes de tránsito, así como el régimen de cubrimiento por parte de las aseguradoras frente a los asegurados. Esta norma dispone lo siguiente:

"Artículo 2°. Beneficios. Las personas que sufran daños corporales causados en accidentes de tránsito ocurridos dentro del territorio nacional, tendrán derecho a los servicios y prestaciones establecidos en el artículo 193 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas que lo adicionen o modifiquen, bien sea con cargo a la entidad aseguradora que hubiere expedido el SOAT, respecto de los daños causados por el vehículo automotor asegurado y descrito en la carátula de la póliza, o con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga, para las víctimas de accidentes de tránsito de vehículos no asegurados o no identificados….."

PRESUPUESTO JURISPRUDENCIAL APLICABLE AL CASO

En relación al proceso declarativo análogo al que ahora nos ocupa para la delaración de la prestación de servicios de salud, la Corte Suprema de Justicia ha manifestado lo siguiente[1]:

Pues bien, aunque el concepto de proceso judicial, en términos generales, hace referencia a una serie de actos coordinados y preestablecidos en el ordenamiento jurídico, dirigidos a obtener un pronunciamiento de fondo, con el cual se resuelva la controversia de intereses suscitada y sometida a la jurisdicción del Estado, existen diferencias entre el que busca concretar un derecho hipotético y aquel por medio del cual se pretende hacer efectivo un derecho cierto o formalmente probado. El primer evento alude al proceso declarativo y el segundo, al ejecutivo.

Aquel, por tanto, tiene como finalidad que se declare la existencia de un derecho subjetivo carente de certeza, se modifique o extinga una relación jurídica presente y de ser el caso, se imparta orden al deudor para que satisfaga una determinada prestación.

---

[1] LUIS ALONSO RICO PUERTA - Magistrado ponente - SC15032-2017 - Radicación n° 08001-31-03-002-2011-00049-01 - (Aprobado en sesión de veintinueve de marzo de dos mil diecisiete). - Bogotá, D.C., veintidós (22) de septiembre de dos mil diecisiete (2017).

Éste, por su parte, se encamina a lograr el cumplimiento coactivo de una obligación expresa, clara y exigible contenida en documento que constituya plena prueba de ella, a cargo del deudor.

4.3. Cuando de acreditar la existencia o extinción de obligaciones se trata, le incumbe probar aquella o ésta a quien alega el respectivo acontecimiento, según lo dispone el artículo 1757 del Código Civil, exigencia acorde con la regla probatoria consagrada en el artículo 177 del C. de P.C., previsión recogida en el primer inciso del precepto 167 del Código General del Proceso, según el cual, «[i]ncumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen».

Así entonces, tratándose del juicio coactivo, como la pretensión se dirige a efectivizar un derecho cierto, la prueba de la obligación, por excelencia, será un título con mérito ejecutivo, en tanto que la del declarativo, podrá ser cualquiera de las legalmente previstas en el artículo 165 ibídem, sustituto del 175 de la Codificación Procesal Civil, es decir, «la declaración de parte, la confesión, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios, los informes y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez».

4.4. Como en este asunto, la Congregación de Hermanas Franciscanas Misioneras de María Auxiliadora -Clínica La Asunción- promovió un proceso declarativo, ello significa que la acreditación del derecho pretendido podía llevarse a cabo a través de cualquiera de los antes mencionados medios de convicción, incluyendo, por supuesto, el documento, esto es, aquel objeto idóneo para representar una manifestación del intelecto y acreditar un hecho, situación o cosa.

O en la concepción del artículo 243 del Código General del Proceso, modificatorio del 251 del C. de P.C., «(…) los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, mensajes de datos, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, videograbaciones, radiografías, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo, y las inscripciones en lápidas, monumentos, edificios o similares».

De acuerdo con lo anterior, si la aducción de las facturas tenía como finalidad servir de «soporte de los hechos que sustentan la pretensión que persigue el reconocimiento y consecuencial condena al pago», es decir, demostrar la existencia de la obligación y su cuantía, lo cual se desprende de la clase de proceso tramitado -declarativo-, es manifiesto entonces, que el Tribunal desconoció la naturaleza de pretensión como lo indica la censura, o en otros términos, malinterpretó la demanda, y esa equivocación lo condujo a imponerle a los documentos aportados, unos condicionamientos propios del juicio ejecutivo o del pago directo, cuando como lo recaba aquella, su finalidad era «solo servir de prueba para reconocer el valor de la prestación de dicho servicio para que en la sentencia se impusiera el reconocimiento de la obligación y la consecuencial condena al pago». (subrayado fuera de texto).

En tales condiciones, si bien en la cláusula séptima del contrato de prestación de servicios de salud celebrado entre Servir Atlántico S.A. y la Congregación demandante, invocada

por el Tribunal para negar el reconocimiento solicitado, se plasmó como forma de pago y procedimiento de cobro, entre otros requisitos que «las facturas (…) [fueran] presentadas en original y tres copias firmadas por el usuario (…)», al no estar ejerciéndose un derecho cierto mediante juicio coactivo, y tampoco en presencia de un cobro o pago directo, el error del Tribunal surge evidente.

Por lo mismo se advierte inconsecuente que el Tribunal critique al a quo quien estimó que las facturas no podían soportar el pago pretendido por no reunir requisitos como la firma de los pacientes, señalando que ese argumento «no tiene asidero dentro del marco del proceso que se adelanta, habida cuenta de (sic) que éste corresponde a un proceso declarativo cuyas pretensiones se enmarcan como de reconocimiento o condena y no de ejecución», y sin embargo, a la hora de decidir haya desconocido esta circunstancia, con la consecuente denegación de las pretensiones.

El error del sentenciador, además es trascendente, pues de haber tenido presente que la pretensión era declarativa y no ejecutiva y que la aportación de los aludidos documentos tenía como finalidad acreditar la prestación de los servicios cuyo reconocimiento se solicita, otra hubiera sido su determinación."… (subrayado fuera de texto y con intención especial).

IV. ANÁLISIS Y VALORACIÓN PROBATORIA.

Inicialmente se tiene que en los interrogatorios de parte se señaló lo siguiente:

ORIANA MARIA PINZON HURTADO en calidad de representante legal de COSMITET, del cual se extrae lo siguiente:

El objeto de la demanda es para solicitar el reconocimiento de unos servicios médicos prestados por concepto de SOAT, entre los años 2013 y 2015, por servicios prestados por accidente de transito que ingresaron por el servicio de urgencias.

La facturación se fue expidiendo y generando para radicarlo a seguros del estado, entre finales del 2014 y 2015, las facturas tienen un soporte documental que fue radicado ante seguros del estado de acuerdo a la normatividad que rige el sector salud, algunos de los documentos incluyen la declaración de la persona que ingresa al servicio en la cual hace como una narración subsista de los hechos que le generaron la emergencia. Se adjunta autorizaciones de servicios si las hubo, se aporta epicrisis o historia clínica, se aporta la hoja de cargos que es la que describe todos los servicios que se prestaron y el costo individual de cada uno, constancia de hospitalización depende del servicio que se le presto al usuario y además el soporte de la póliza de la persona accidentada al momento que se le prestó el servicio.

Seguros del estado, no ha manifestado que falten documentos para la prestación del servicio, el motivo del rechazo alegado por la entidad demandada para el pago de servicios es porque la clínica supuestamente no contaba con el certificado de habilitación para la prestación del servicio de salud del año 2015, como para excusarse o deslingarse del pago.

La habilitación de la entidad ha estado vigente desde mes de abril del año 2003, por la implementación de nuevos procedimientos que se establecieron a partir de la Resolución No. 2003 de 2014 por parte del Ministerio de salud, se implementó la obligación de todos los prestadores de servicios de salud a nivel nacional de realizar unos procesos de auto

evaluación y la actualización de datos, para la habilitación año a año. Esta implementación se hizo a partir del año 2015, para todos los prestadores a nivel nacional y el Ministerio de salud, determino hacerlo por una plataforma a nivel nacional; lo que sucedió con la clínica rey David en este caso, es que hubo inconsistencias con la plataforma según reporto la Secretaria de Salud del Valle que no cargo, eso genero que no se pudiera visualizar en el REPS la habilitación por un periodo de tiempo.

Estuvieron en controversia tanto con la Secretaria de Salud del Valle del Cauca, así como con el Ministerio de Salud en Bogotá, porque el encargado es el Ministerio de Salud, la Secretaria le dio como un proceso de habilitación para poder cargar la información. No tienen ninguna investigación por parte de ninguna entidad.

La situación fue desde el 1 de febrero hasta el mes de agosto de 2015, que se logro sacar adelante la situación, la cual sale publicada en el REPS que se puede visualizar por que es publica y obra dentro del expediente.

La prestación se servicios en el Rey David se prestó todo el tiempo, la Secretaria de salud nunca genero multa, pues ellos sabían de los problemas para la habilitación.
La habilitación del Valle del cauca esta encargada de la secretaria de Salud, el Ministerio es el encargado de manejar la plataforma virtual, pero en general lo hace la Secretaria de Salud.

Se revisaron las facturas para ver cuando se estaba prestando el servicio por que realmente se debe ver, si muchas de estas facturas se prestaron los servicios y no estaba en discusión el tema de la habilitación.

Tienen un documento del 24 de marzo de 2015, donde el secretario de salud del departamento de la época, informa que estaban comunicándose con el Ministerio de salud quien es el encargado de administrar la plataforma para tratar de resolver el problema, porque era una situación muy angustiante para la clínica. Se tiene una constancia de la solicitud de que el proceso se hizo pero no sabe si por el trafico de la plataforma no se cargo, solo tienen una respuesta a un derecho de petición que les suscribió el Secretaria el Dr. Fernando Gutiérrez.

A la pregunta realizada por el apoderado de la parte demanda, si esta habilitación es necesaria para la presentación y pago de las facturas, a cargo del seguro obligatorio de accidentes de tránsito, para lo cual responden, que si que es parte de los servicios para ofertar servicios, pero deja claridad que no es una causal taxativa de devolución según aparece tipificado en el anexo técnico en el anexo 6 del Ministerio de salud, no es una facultad para desligarse del pago, es una facultad del netamente administrativo y de competencia del Ministerio de salud, no aparece como una causal taxativa para no pagar.

En el anexo técnico 6 no aparece como una causal de devolución, las habilitaciones hacen parte del control administrativo del estado. El anexo 6 no le da la facultad para devolver las facturas.

Informa que presentaron todos los documentos de habilitación, e informa seguros del estado confunden una glosa con una devolución, están manifestando que devolvieron las facturas materialmente no devolvieron las facturas solo dicen que no las pagan por que no estaban habilitados y que las iban a devolver, pero nunca las devolvieron, por eso se radico derecho de petición, no se materializo la devolución.

La devolución que anuncio seguros del estado no se materializo, para entrar a subsanar, para volver a radicar. Se estaba esperando la devolución de facturas para subsanar y volver a radicar de acuerdo a lo establecido a la Resolución 3087.

Del presente interrogatorio se observa que se presentó la atención a lo usuarios,

que se cuenta con los respectivos anexos, como son soat, epicrisis y demás que soliciten para el reconcomiendo y pago de los servicios prestados, informa además que el motivo del no pago de las mismas se debe a que la entidad demandada alegaba una falta de habilitación por parte de la entidad prestadora de salud. Que dicha falta de habilitación se debió al manejo interno por pare del Ministerio de Salud, quien es el ente encargado de manejar la plataforma.

LILIANA GIL ARIAS, representante legal de SEGUROS DEL ESTADO, quien manifestó que las reclamaciones que hace COSMITET que están involucrada en siniestros, que se reclaman en el presente proceso, que se reclaman en el proceso son derivadas de pólizas por accidentes de tránsito.

En el presenten proceso no se esta hablando de facturas, como si fuera una factura de compraventa, se esta hablando son de reclamaciones derivadas de pólizas de seguros obligatorio de accidente de transito conforme al decreto 056 del 2015, 780 de 2016 y en su momento el 3990 de 2007, los cuales están determinados en el estatuto orgánico del sistema financiero en su artículo 193, enmarcan la legislación aplicable al seguro obligatorio de accidente de tránsito.

Cuando una prestadora de servicios de salud, presta algún servicio de salud debe presentar una reclamación y dentro de esta reclamación se solicita una serie de documentos que debe aportan la institución reclamante de los servicios a la compañía aseguradora para demostrar la prestación del servicio y solicitar el pago entre ellos esta el formato juris, que es el formulario para reclamación de entidades prestadoras de salud, epicrisis o resumen clínico, y los documentos que soporten el contenido de la historia clínica o una factura o un documento equivalente en el que ellos indiquen específicamente cuales son los servicios y el valor de los servicios; cuando presentan la documentación la compañía de seguros procede a verificar varios aspectos entre ellos, si los servicios fueron prestado con fundamento en un accidente de tránsito, porque lo que se pretende es la afectación de póliza de seguros por accidente de tránsito, si todos los servicios que se prestaron al paciente fueron pertinentes y además si las entidades contaban con las autorizaciones por las entidades correspondiente para prestar el servicio.

Si la compañía no verifica estaría pagando siniestros que no corresponden a póliza soat o estaría pagando siniestros de cualquier otro tipo que no sean derivados de accidente de tránsito o le pagaría a una entidad o a una persona, que debe cumplir con los requisitos de habilitación.

Informa que los servicios de salud fueron prestados tal como se contesto en la demanda, tanto así que fueron glosados por la compañía aseguradora y algunos de ellos fueron objetados por la compañía aseguradora; 40 de las reclamaciones fueron glosadas, 642 fueron objetadas, 4 no fueron recibidas por parte de la compañía y 4 registran una solicitud de documentos que no fue atendida por la reclamante.

Señala que las objeciones corresponden a la ausencia de habilitación o de autorización para la reclamante para prestar el servicio de salud y las glosas corresponden a diferentes estados de la reclamación, en una reclamación o en una prestación del servicio; por ejemplo que realiza una cirugía cuando ellos van hacer el cobro, pues se cobra todo lo que ellos prestaron en la cirugía, es decir anestesia, la sala de cirugía, y demás, sin embargo ellos aparte vuelven y cobran ese servicio que ya fue cobrado por lo cuales esa es una de las causales de glosa que alega la compañía; las causales de glosa son los servicios que se prestan y no tiene relación con la afectación que tuvo el paciente, si la persona tuvo una lesión y conforme a la historia clínica después de haber revisado no tenga conexidad con las lesiones aportados a la historia clínica, por lo cual se glosan. También existen glosas, por la utilización de insumos que hubiese cobrado la entidad y que superen los valores

para estos cobros. La causal es la ausencia de habilitación para prestar el servicio. Aduce que la mayoría de las objeciones se presentaron por la habilitación.

Informa que las 640 reclamaciones fueron objetadas, por la causal habilitación; las que no fueron objetadas sino que fueron glosadas, pues se glosaron porque evidentemente si se prestaron servicios médicos, pero por otras causales se dieron unas glosas. No se revisó si eran servicios médicos por que de estrada se verifico que la entidad no estaba habilitada para prestar el servicio medico de los que estaban cobrando allí. Pero la causal de objeción es la habilitación.

A la pregunta, si los servicios si se brindaron o no; quien contestó que debía revisar los documentos que obran dentro del proceso para resolver la pregunta, los cuales son los documentos que les envía la compañía para poder contestar la demanda entre ellos un archivo en formato excell donde se ubican las diferentes situaciones de cada una de las reclamaciones, informa que es difícil poder recordar cada una de las facturas por su gran volumen y los documentos que se allegaron; reposan en las reclamaciones entregadas por la entidad las historias clínicas donde los demandantes indican cuales fueron los servicios que se le prestaron a cada uno de los pacientes. A la respuesta a la si fueron prestados los servicios médicos, conforme a la documentación historias clínicas, aparentemente fueron prestados los servicios médicos, sin habilitación y no se verifico con profundidad si los servicios eran o no pertinentes o si eran relacionados con el accidente de tránsito y demás, pero conforme a las historias clínicas aportados los servicios si fueron prestados. (1:00:00).

Informa que la reclamación fue objetada dentro del término legal e informándole a la entidad cual era la causal de objeción, entre ellas que ellos no están habilitados para la prestación del servicio de salud tal como lo indica el decreto 056, quien debe cobrar el servicio prestado es la entidad que esta legitimada para reclamar, y no tenían la legitimación. Frente a esas facturas fueron objetadas dentro del término legal y eso conlleva a un rechazo no fueron aceptadas por la aseguradora y eso se le informo a la clínica por las distintas causales.

A la pregunta si las 642, que fueron objetadas contaban con la respectiva factura, quien contestó: (1:10:52) que si contaban con la factura dentro de los documentos que se solicita para presentar la reclamación.

A la pregunta que hicieron con las facturas, las devolvieron a COSMITET; quien contestó que nos las devolvieron por que la entidad no las solicito y dentro de la regulación no es obligatoria devolver la reclamación y no hicieron solicitud para devolverlas.

Del presente interrogatorio, se observa que el motivo de la devolución de las facturas, se debió a la habilitación que no tenía en su momento la entidad demandante.

Como se puede observar, de los interrogatorios de parte escuchados en el trámite procesal, se desprende que la aquí demandante prestó los servicios médicos a pacientes que fueron remitidos por accidente de tránsito y remitidos por el SOAT, así como de la confesión efectuda en los alegatos de conclusión medinte los cuales no se niega la prestación de los servicios, más se insiste en que no es procedente el cobro de los mismos, al no contar la institución, con la habilitación tantas veces referida.

Lo anterior, fue reforzado con la prueba testimonial practicada en la audiencia de instrucción y juzgamiento, de la cual se puede destacar lo siguiente:

Testigos parte demandante:

LUZ MERY GUARNIZO, *quien informa que comparece en calidad de empleada de COSMITET, hace 1 año, en el cargo de jefe de cartera, quien se encarga de realizar el cobro de cartera para poder tener la base de datos actualizada con los clientes de esta entidad. Quien aseguro que conoce de las facturas objeto del presente proceso. Informa que tiene conocimiento de abonos realizados por parte de SEGUROS DEL ESTADO.*

Informa que SEGUROS DEL ESTADO hizo unos abonos, para lo cual el Despacho solicita que sean llegadas al correo y en un medio magnético. Informa que se hizo una validación, y más o menos hay 7 facturas que presentan abonos para el año 2015. Los abonos fueron tenidos en cuenta la momento de presentar la demanda.

Asegura que las facturas aportadas fueron prestados los servicios de salud, como el área de cartera, en el sistema verifican la documentación que genera el otro área y antes de presentar la demanda verificaron que los servicios si se prestaron, como proceso por que intervienen varias áreas, interviene área facturación, área de auditoria médica y hacen el proceso de verificación y reconstrucción de todos los soportes, para poder hacer la presentación. Su área es después del proceso efectivo de radicación de los documentos de las entidades que le han prestado el servicio, el área de facturación es la encargada de radicar documentación ante la entidad y luego se reporta a cartera para que haga parte de las obligaciones de esa entidad. Es la encargada de manejar el saldo como tal de la factura. En la época de las facturas de la demanda no tiene conocimiento por que no estaba en la empresa.

JULIAN ANDRES CEBALLOS GOMEZ, *quien informa que trabaja en COSMITET desde hace 6 años, como jefe de facturación, encargado de verificar cobro en la prestación de servicios de los usuarios. Las facturas presentadas son por una emergencia vital de acuerdo a lo que tenga el paciente. De acuerdo a la normatividad no puede exigir otro tipo de documentación.*

Consecuencia de acuerdo a la normatividad cuando una glosa o una devolución es presentada de manera extemporánea, no se recibe. Cuando es por el soat se debe presentar cedula del accidentado, póliza, documentación del vehículo, si es una moto o un vehículo, un carro y en algunas ocasiones el guarda de tránsito, les pide el pase de conducción si es el que está manejando la persona y el comentario de como fue el accidente, de resto no hay otra documentación mas. Para presentar a Seguros del Estado se debe aportar la epicrisis y el reporte donde esta discriminado todo lo que se le realizo al paciente, más la factura. (sabana de cirugía es un control procedimientos dentro de la cirugía).

Informa que las facturas contaban con los anexos que se requieren para la prestación del servicio por el SOAT. Informa que el en área que se encuentra verifica que los servicios de salud fueron prestados es decir que todas las facturas objeto de la demanda pasaron por la verificación para el servicio en salud. Contesta que cualquier IPS puede prestar los servicios de salud por un accidente de tránsito, informa que debe estar habilitada la entidad prestadora del servicio de salud.

Testigos Demandada:

LUZ ANGELA PORTILLA SERRANO, informa que es auditora de servicios de salud con experiencia de 18 años, trabaja para empresa SIS VIDA SAS, es la empresa Outsourcing de SEGUROS DEL ESTADO, quienes hacen la gestión integral de reclamaciones

por atenciones a afectados en accidentes de tránsito con la póliza del cliente. Audita las reclamaciones que se les hacen, con las pólizas que afectan a SEGUROS DEL ESTADO.

Conoce de este caso, de todas las facturas no porque son varias personas las que auditan, informa que los requisitos que debe tener una entidad prestadora de salud a cargo del servicio de urgencias para accidentes de tránsito, a lo cual aduce que deben existir unos requisitos mandatorios, entre ellos están tener la documentación completa, basados en el Decreto 780, anteriormente en el Decreto 056 de 2015, para los gastos médicos el formulario es el Juris, la factura que cumpla los requisitos de ley, el discriminado de las facturas es decir el servicio uno a uno, insumos, materiales, medicamentos, o procedimientos que le hayan prestado de servicio a la víctima, los soportes, a esa factura son la historia clínica o la epicrisis, específicos de la reclamación que se está prestando. Toda entidad prestadora de salud debe cumplir con el requisito de estar debidamente habilitada ante el Ministerio de Salud para la prestación de esos servicios y estar inscrita en la página de prestadores de servicios de salud que se denomina REPS.

A la pregunta, que sucede cuando una entidad no está habilitada para prestar ese servicio de salud, quien respondió que en esos casos como eso es un requisito de ley para las entidades prestadoras la reclamación no puede ser gestionada con pago y se le requiere o se le objete la reclamación al prestador para que actualice sus datos ante el ente territorial de salud, que corresponda y ante el Ministerio de Salud para que se pueda verificar los servicios habilitados en la página REPS.

Informa que para el caso de las facturas, se verificó como con todas las reclamaciones en la página del REPS, y para la fecha en que la entidad prestó los servicios no se registraba habilitada en el REPS.

El juzgado le pregunta si tiene conocimiento de que COSMITET adelanto los tramites para hacer los actulizar los tramites de habilitación, porque no lo podía hacer en un tiempo especifico, tiene conocimiento de ellos (01:00:16) y quien contestó, que si pero al verificar la pagina no se encontraba habilitada.

(01:10;54) El despacho solicita que la testigo le haga claridad, porque son casi 700 facturas y usted ha mencionado que para todas ellas no había habilitación, pero el despacho encuentra que hay facturas del año 2015 y 2014, y el proceso de habilitación es para enero de 2015, no le podría decir que el proceso de habilitación para todas las facturas estaban inhabilitada, entonces con certeza debe responder, y quien contestó, que cuando se hacia la verificación en el REPS se registraban los servicios, se registraba la apertura de los servicios a partir del 25 de agosto del 2015; entonces lo que pasaba en ese momento es que los servicios que estaban reclamando habían sido prestados antes de esa fecha por esa razón se objetaba la reclamación o se objetó.

(01:14:03) A la pregunta del despacho si sabe si la página estaba habilitada o no en 2014, y quien contestó: que si había consulta en la página y lo que registraba allí eran servicios en el 2015, por esa razón los servicios prestados antes de esa fecha se objetaron; porque no registraba habilitado en los años o en la fecha anterior a agosto de 2015, era la información que mostraba el Ministerio

(01:14:48) Pregunta el despacho, *entonces usted explica la razón que las facturas que son de agosto de 2015 no habían sido pagadas*, y quien contestó: posteriores

al 25 de agosto de 2015 y quien informa que no está fueron o no pagadas, porque si ya registran con el registro de habilitación deberían ser gestionadas con atenciones posteriores al 25 de agosto de 2015 donde ya aparecida habilitada la institución.

A la pregunta que se debe tener en cuenta para el momento de una glosa o una devolución, cual es la normatividad que se debe tener en cuenta y quien manifestó: que cumplir realización de forma clara y concreta para que pueda subsanar esa glosa, presentando los documentos y la información que se le pidió por parte del ente asegurador y cumplir la reglamentación del Código General del Proceso, respecto a la oportunidad de respuestas de glosa en la realización de los pagos, que esta en el Código de Comercio Art. 1080, por tratarse de entidades aseguradoras.

COSMITET le presenta a la aseguradora una reclamación que consta de varios documentos que por normatividad debe contener entre ellos esta la factura, efectivamente.

A la pregunta, Infórmele al Despacho según la normatividad el tema de la habilitación es una causal taxativa para hacer una devolución y quien respondió: que es de obligatorio cumplimiento.

OMAR NIÑO, especialista en derecho de seguros y especializados en auditoria médica, y que trabaja para SIS VIDA desde el año 2014, asesor comercial, desde el año 2014 director área auditoria médica y desde el 2018 asesor de gerencia.

A la pregunta del despacho, usted tuvo conocimiento o audito la totalidad de 690 facturas; y quien contestó que como director de auditoria medica tuvo conocimiento del caso de COSMITET, cuentan con más de 100 asesores médicos. Tienen una oficina en Cali que es donde se hacen reclamaciones y esas se enviaban en Bogotá y allí se hace proceso de digitalización, análisis y auditoria médica.

Requisitos que debe contar una institución prestadora de servicios de salud con unos requisitos que están desde el año 2015, en el Decreto 056 de 2015 el cual fue incluido en el Decreto único del sector salud que es el Decreto 780 de 2016, en esos decretos se establece que la reclamación que es un documento complejo, tiene varios documentos anexos para poder ser formalizados ante la compañía seguros:1 factura de venta de prestación de servicios de salud, 2 epicrisis o resumen de la historia clínica, 3 formularios de reclamación (FURIPS) 4 en caso de realizar con materiales de osteosíntesis es anexar la copia factura con el proveedor de materiales.

El apoderado de la parte demandante le pregunta al testigo si las IPS requieren alguna autorización o alguna habilitación del Ministerio de Salud para poder prestar estos servicios y quien manifestó: el seguro obligatorio de accidentes de tránsito la Ley 33 del 86 que fue la que creo, **refiere** que es un seguro con una función social regida bajo los principios de solidaridad; eso quiere decir que cualquier persona puede demandar esos servicios en cualquier institución prestadora servicios de salud, la atención de urgencia debe prestarse en la IPS más cercana que tenga la capacidad instalada para prestar esa atención médica, no se necesita ningún contrato o convenio.

(01:44:39) Informa que el Decreto 056 en su artículo 7 hay una norma expedido por el Ministerio de Salud y por el Ministerio de Hacienda, además refiere que el prestador de servicios de salud es el que prestador se servicios de salud habilitado, que quiere decir que este habilitado es que cumpla con un proceso de habilitación que también hay una norma especial que en ese momento era la Resolución 2003 de 2014 donde dice cuáles son las funciones para que un prestador de servicios de salud cumpla con esa habilitación, son presentados ante el ente territorial quien habla con una visita que genera unos certificados de habilitación o unos distintivos y procede a notificar al Ministerio para que genere el registro REPS. Si no está habilitado la compañía de seguros se debe pronunciar de una forma desfavorable a esa reclamación y solicita a la IPS que los aporte o una constancia de que los servicios se encuentran habilitados así los preste. La habilitación son los criterios mínimos para que la EPS pueda funcionar.

(01:46:38) el apoderado de la parte demandante solicita al testigo que informe sobre el presente caso son 960 facturas, informe si para el año 2015 COSMITET se encontraba habilitado, y quien manifestó: que de las 690 reclamaciones de prestaciones para el año 2015 registraron que la EPS no se encontraba habilitada en la prestación de servicios de salud y así se definió en las observaciones; le corresponde a las Ips demostrar que estaba habilitada. Informa que la secretaria puede expedir certificación sonde conste que están en la fase de registro.

Asegura que la aseguradora en cabeza de SIS VIDA, se manifiesta por que no se hace el pago de la reclamación y se remiten a la IPS. La IPS aporto una certificación donde el ente territorial nunca certifico que estuvieran habilitado, solo escalaron la petición al Ministerio, pero nunca lo aportó. Informa que COSMITET nunca aporto prueba de que estuvieran habilitados. Informa que SIS VIDA, nunca se negó a pagar por la prestación de servicios de salud.

Deja constancia que hicieron verificación en la página, para certificar que los servicios estuvieron habilitados, informa que no sabe cuando salió habilitado COSMITET. Informa que consultaron desde el año 2013 la habilitación y si no están habilitados notifica a través de una objeción total o parcial.

(01:54:30) el despacho pregunta si para el 2015 tuvo conocimiento que tuvo problemas para el registro, quien manifestó que no tuvo conocimiento de problemas de la plataforma.

V. CONCLUSIONES

Expuestos los aspectos relevantes escuchados en los interrogatorios de parte y testimonios, procede este despacho a desatar el problema jurídico planteado en la demanda teniendo en cuenta la prueba documental aportada por cada una de las partes intervinientes en este proceso.

Dicho lo anterior, encontramos que el objeto del presente proceso que dio origen al litigio, tiene su génesis en que la entidad demandante prestó los servicios de salud a los pacientes en accidente de tránsito, para lo cual se generaron una serie de gastos médicos.

Tenemos entonces que la prestación del servicio por parte de la actora, fue un hecho aceptado en la contestación de la demanda y reconocido en el interrogatorio de parte de la entidad demandada.

De la prueba documental allegada consistente en un total de 690 facturas, se desprende con suficiente mérito probatorio, la efectiva prestación de los servicios de salud en cada una descritos, pues se itera, su valor es probatorio documental más no como títulos valores como lo indicó la jurisprudencia antes referenciada, puesto dada la naturaleza del presente proceso, no se requiere acreditar sus requisitos para prestar mérito ejecutivo.

Además cada una de ellas cuenta entre sus varios anexos, con la correspondiente epicrisis o copia de la historia clínica, prueba documental esta que reafirma la existencia de la prestación de los servicios prestados y relacionados en cada factura.

Así las cosas, queda acreditada la prestación de las atenciones en salud a los pacientes que sufrieron accidentes de tránsito y quienes se encontraban asegurados por la póliza de seguros de daños corporales causados a personas en accidente de transito adquiridas a cargo de SEGUROS DEL ESTADO SA., pues cada factura salvo las que se excluirán en el acápite siguiente, viene acompañada en sus anexos con la póliza SOAT.

Así las cosas existe suficiente material probatorio documental, para establecer con certeza para esta instancia judicial, que no ofrece reparo alguno la situación planteada en la demanda, pues se encuentra debidamente demostrado con los documentos aportados, los interrogatorios de parte, y la prueba testimonial, la prestación de los servicios de salud, durante los tiempos señalados en la demanda, es decir, que ambas partes han reconocido que sí se generó en cada caso el hecho que da lugar al reconocimiento y pago de lo aquí reclamado.

FACTURAS RESPECTO DE LAS CUALES SE NIEGAN LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA Y QUE NO VIENEN ACOMPAÑADAS DE LA PUREBA DE LA POLIZA SOAT.

RELACION DE FACTURAS SIN SOAT

Cantidad	factura No.	Cantidad	factura No.	Cantidad	factura No.	Cantidad	factura No.
1	SS133376	41	SS218426	81	SS222482	121	SS226985
2	SS169641	42	SS218612	82	SS222539	122	SS227083
3	SS194806	43	SS218672	83	SS222615	123	SS227084
4	SS195147	44	SS218829	84	SS222747	124	SS227158
5	SS195712	45	SS218870	85	SS222849	125	SS227178
6	SS196168	46	SS218940	86	SS222965	126	SS227194
7	SS197427	47	SS219119	87	SS223545	127	SS227414
8	SS199095	48	SS219126	88	SS223744	128	SS227578
9	SS203161	49	SS219177	89	SS223853	129	SS227674
10	SS203224	50	SS219229	90	SS223991	130	SS227723
11	SS203527	51	SS219305	91	SS224023	131	SS227734

12	SS204343	52	SS219308	92	SS224251	132	SS227830
13	SS204450	53	SS219311	93	SS224451	133	SS228832
14	SS205423	54	SS219573	94	SS224641	134	SS228877
15	SS205833	55	SS219633	95	SS224691	135	SS228911
16	SS206447	56	SS220074	96	SS224754	136	SS229077
17	SS207510	57	SS220101	97	SS224778	137	SS229336
18	SS207807	58	SS220133	98	SS224783	138	SS230665
19	SS208277	59	SS220150	99	SS225075	139	SS231113
20	SS209093	60	SS220189	100	SS225148	140	SS231248
21	SS210503	61	SS220439	101	SS225486	141	SS234176
22	SS210667	62	SS220482	102	SS225616	142	SS237437
23	SS212845	63	SS220657	103	SS225665		
24	SS213835	64	SS220745	104	SS225684		
25	SS214606	65	SS220828	105	SS225818		
26	SS214695	66	SS221177	106	SS225884		
27	SS215317	67	SS221303	107	SS226069		
28	SS215318	68	SS221344	108	SS226080		
29	SS215333	69	SS221386	109	SS226153		
30	SS215360	70	SS221496	110	SS226247		
31	SS216186	71	SS221502	111	SS226321		
32	SS216261	72	SS221602	112	SS226340		
33	SS216479	73	SS221682	113	SS226795		
34	SS216504	74	SS221690	114	SS226816		
35	SS216523	75	SS221866	115	SS226834		
36	SS216567	76	SS221915	116	SS226866		
37	SS217267	77	SS221916	117	SS226867		
38	SS218043	78	SS222073	118	SS226879		
39	SS218054	79	SS222076	119	SS226896		
40	SS218151	80	SS222419	120	SS226945		

EN CUANTO A FALTA DE HABILITACION INVOCADA POR LA PARTE DEMANDADA:

Tenemos además que en el interrogatorio de parte de la demanda no negó la prestación de servicios, informo que este rechazo se debio únicamente a la habilitación, información que fue además reiterativa en los alegatos presentados por el demandado.

Para esta instancia es claro que la negativa de SEGUROS DEL ESTADO SA., obedeció a que la entidad COSMITET no contaba con la habilitación requerida, tal como se establece en el Decreto 780 de 2016, para lo cual al referirnos a la norma, se establece:

Capítulo 3
Normas Sobre Habilitación

Sección 1. Sistema Único de Habilitación

Artículo 2.5.1.3.1.1 ***Sistema Único de Habilitación.*** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

(Art. 6 del Decreto 1011 de 2006)

Sección 2. Habilitación de prestadores de servicio de salud

Artículo 2.5.1.3.2.1 ***Condiciones de capacidad tecnológica y científica.*** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de Salud y Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

Artículo 2.5.1.3.2.4 ***Registro especial de prestadores de servicios de salud.*** Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

De conformidad con lo señalado por el artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

(Art. 10 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.5 ***Formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud***. Los Prestadores de Servicios de Salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de

Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente Título. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las características del formulario.

(Art. 11 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.6 ***Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.*** De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo anterior del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurran diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

(Art. 12 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.7 ***Inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.*** Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el artículo 2.5.1.3.2.5 de la presente Sección y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del formulario de inscripción. La revisión detallada de los soportes entregados será posterior al registro especial de prestadores de servicios de salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.1.3.2.13 de la presente Sección.

A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados.

Parágrafo 1. Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos (2) o más sedes dentro de la misma jurisdicción Departamental o Distrital, deberá diligenciar un solo formulario de inscripción.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos o más sedes dentro de dos (2) o más Departamentos o Distritos, deberá presentar el formulario de inscripción en cada una de las jurisdicciones Departamentales o Distritales de Salud en las cuales presta los servicios, declarando en cada una, una sede como principal.

Parágrafo 2. El Prestador de Servicios de Salud deberá declarar en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los servicios que se prestan en forma permanente. La inobservancia de esta disposición se considera equivalente a la prestación de servicios no declarados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en los artículos 577 de la Ley 09 de 1979.

Para el caso de los servicios prestados en forma esporádica, el Prestador de Servicios de Salud deberá informar de esta situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, la cual realizará visitas en fecha y lugar acordados con el prestador, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para dichos servicios, ordenando su suspensión si los mismos no cumplen con los estándares establecidos, de conformidad con lo previsto en el artículo 576 de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

(Art. 13 del Decreto 1011 de 2006)

Dicho lo anterior, es claro que el sistema único de habilitación, tantas veces referido por los demandados dentro del presente proceso, es un conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se verifica y controla a las entidades prestadoras de salud, a través del Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, siendo la base de datos de las entidades Departamentales y Distritales de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con las Instrucciones que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social, son las entidades Departamentales y Distritales de Salud, los responsables de la administración de dicha base de datos que contengan el Registro especial.

Artículo 2.5.1.3.2.11 ***Administración del registro especial de prestadores de servicios de salud.*** De conformidad con las disposiciones consagradas en el presente Título y de acuerdo con las directrices que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, serán responsables de la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

(Art. 17 del Decreto 1011 de 2006)

Para lo cual se establece que se prestó el servicio de salud y que la verificación de la habilitación está en cabeza del órgano Departamental y Distrital, de acuerdo a las órdenes que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social.

Tenemos pues, que de acuerdo a las facturas y anexos aportados, se prestó el servicio por parte de COSMITET a SEGUROS DEL ESTADO S.A., en relación a la atención de pacientes que habían sufrido accidentes de tránsito y por lo tanto debían ser atendidos con el seguro SOAT; se observa que en el proceso se aportan certificaciones en los cuales la Secretaria de Salud del Valle del Cauca, certifica que para el año 2007(fl. 000103), la entidad CLINICA REY DAVID, contaba con la habilitación, y que para la fecha de expedición de otras facturas se encontraba la platafoma

con algunos problemas para su registro, lo que no fue demostrado para SEGUROS DEL ESTADO S.A., es que no fue presentado el servicio a los pacientes.

Se observa además que la entidad prestadora del servicio de salud, figura como habilitada en el registro desde el 15 de agosto de 2.015, por lo cual la excepción de mérito invocada por la parte demandada en cuanto a la improcedencia del cobro por no contar con habilitación, carece de fundamento para la totalidad de las facturas fechadas con posterioridad a la referida fecha de habilitación, que son cerca de la mitad de las 690 que fueron presentadas para el reconocimiento de la prestación del servicio de salud. No sin antes reiterar, que la posición de esta instancia judicial, gravita en que no se requiere la habilitación de la entidad prestadora del servicio de salud, para la declaración de la existencia de la prestación de los servicios, respecto de la totalidad de las facturas presentadas, tratándose de urgencias vitales derivadas de SOAT, para que sea procedente la pretensión declarativa, deprecado en la demanda que ahora nos ocupa.

Se debe entender que para el caso bajo estudio, prima la atención a estos pacientes y es su deber constitucional dicha atención, "*El hospital, clínica o centro asistencial público o privado que atienda a una persona víctima de un accidente de tránsito, está en la obligación de brindarle todos los servicios médicos que requiera sin poner ninguna traba administrativa o económica que pueda perjudicar al paciente.*

Según la ley y la jurisprudencia de esta Corte, la institución prestadora del servicio de salud (IPS) debe cobrar los costos de la atención prestada directamente al emisor del seguro obligatorio del vehículo (Soat) en caso de que el automotor esté asegurado o a la subcuenta ECAT del Fosyga, cuando el automóvil no cuenta con la póliza o no es identificado. En caso de que los fondos otorgados por el Soat y el Fosyga se agoten (ochocientos salarios mínimos legales diarios) la entidad no puede dejar de prestar los servicios o la atención al accidentado en caso de requerirla, ya que esta puede exigir el recobro del excedente a la EPS, EPSS o ARL, dependiendo del tipo de afiliación del paciente en el sistema general de seguridad social en salud o si el accidente se derivó de un riesgo profesional o contra el conductor o propietario del vehículo cuando su responsabilidad haya sido declarada judicialmente. Si no podría vulnerar el derecho fundamental a la salud del accidentado. Así mismo, el hospital o la clínica deben propender por brindarle todos los tratamientos, terapias de rehabilitación, medicamentos y cirugías en caso de que el paciente los requiera. En el evento que no se le pueda prestar alguno de los auxilios solicitados, por no contar con los elementos necesarios o con los especialistas, debe indicarle esta contingencia al paciente y proporcionar el traslado al centro médico que se lo suministre[2]." Es por tal motivo que los servicios fueron prestados y atendidos los pacientes, como llegan al servicio de urgencias de un centro asistencial no se puede negar la atención.

Además la verificación o no del cumplimiento de la habilitación esta en cabeza del órgano de control competente Secretaría de Salud Departamental, como entidad encargada de habilitar a las entidades de salud y quien al responder derecho de petición a la entidad, da cuenta de los problemas de la plataforma del Ministerio de Salud quien consolida la información para el registro de la habilitación, otrogada por el ente territorial, inconveniente que solo pudo ser subsanado para el 15 de agosto de 2.015. Por lo cual concluye esta instancia la entidad no fue inhabilitada, sancionada o suspendidos sus servicios por parte del ente competente y se encontraba prestando sus servicios de salud con normalidad.

---

[2] T-108 de 2015.

Es por eso que se accederáa las pretensiones de la demanda, pues según los pronunciamientos antes mencionados, se tendrá en cuenta que para este tipo de procesos que son declarativos en los que se solicita la declaración de la prestación de los servicios de salud, no se debe hablar de los requisitos de la factura, para que constituya el titulo ejecutivo del cobro, sino que las facturas en si mismas, son documentos que sirven de prueba de la prestación del servicio, con lo cual se conlcuye, existe prueba de la prestación referida, de acuerdo a la prueba documental allegada al plenario y además de los soportes que vienen acompañando a cada factura.

De otro lado Existe además una confesión de SEGUROS DEL ESTADO SA., en cuanto a que no niega la prestación de los servicios de salud, solo manifiesta que como no se encontraban habilitados no podían cobrar las facturas, para el despacho es claro que no se puede acceder esa inferencia lógica que hace el apoderado de la parte demandada al indicar que si la institución no cuenta con habilitación, no puede cobrar las facturas, en este caso los valores contenidos en ellas como mera prueba documental y no como títulos valores como ha quedado explicado, pues tal inferencia no se desprende de norma alguna referida a la habilitación en salud. Para esta instancia judicial, el trámite de la habilitación es un trámite administrativo que como se indicó, tiene por objeto, garantizar el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad técnica, administrativa y de calidad en el servicio, para seguridad de los usuarios, pero de las normas que regulan esa materia, no puede hacerse la inferencia lógica de que no puedan cobrarse los servicios de salud prestados; precisamente porque en el momento de la prestación, se trataba de una entidad de salud que estaba abierta al público que estaba recibiendo pacientes, que estaba prestando los servicios de salud, que no había sido cerrada o clausurada por la Secretaria Departamental de Salud, y en ese sentido la habilitación es un tema administrativo más de la capacidad y de la calidad que deben tener las entidades IPS o prestadores del servicio respecto de los usuarios, pero no un tema para indicar que como no estaba habilitada eso le impide cobrar los servicios prestados, lo cual llevaría a un enriquecimiento de SEGUROS DEL ESTADO S.A., toda vez que expidió las pólizas de seguro correspondientes, ha recibido el valor de las primas del seguro del SOAT pero no ha pagado los servicios que efectivamente recibieron los usuarios asegurados por estas pólizas, generando a su vez un empobrecimiento de las entidades de salud que asumieron los servicios y esperan la respectiva retribución.

Así las cosas, se considerará que la mora en el pago de los valores solicitados en la demanda al ser prestaciones declaradas mediante la presente decisión, se encuentran en mora de ser cancelados, a partir de la notificación de la presente demanda, que hace las veces de requerimiento en mora para el pago.

Así pues, y sin más consideraciones, se impone consecuencialmente la condena a la sociedad demandada SEGUROS DEL ESTADO S.A. a favor de los demandantes en los términos señalados en las consideraciones de esta sentencia.

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO DOCE CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE CALI, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**,** relacionados en los medios probatorios documentales allegados al libelo, con excepción de los relacionados como excluidos en la parte motiva de esta decisión, en favor de COSMITET LTDA CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y CIA LTDA - COSMITET LTDA.

SEGUNDO: ORDENAR A SEGUROS DEL ESTADO, EL PAGO de los valores referidos en las facturas, con excepción de los relacionados en las facturas excluidas en la parte motiva de la presente decisión, en favor de COSMITET LTDA.

TERCERO: CONDENAR A SEGUROS DEL ESTADO S.A., AL PAGO DE INTERESES MORATORIOS, sobre las sumas reconocidas, a partir del día 07 de octubre de 2020 fecha en la cual se tuvo por notificado por conducta concluyente al demandado[3], en favor de la parte demandante, los cuales se causarán hasta que se efectué el pago correspondiente.

CUARTO: CONDÉNESE en costas a la parte demandada SEGUROS DEL ESTADO S.A., de conformidad con el artículo 365 del C.G.P. En consecuencia, liquídense las costas del proceso, fijando una suma total de $15.000.000, como agencias en derecho a favor de los demandantes.

QUINTO: En firme la presente actuación, archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

CLAUDIA CECILIA NARVAEZ CAICEDO
JUEZ

JUZGADO DOCE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

10 DE SEPTIEMBRE DE 2021
HOY _____**, NOTIFICO EN**

87
ESTADO No. _____ **A LAS PARTES EL CONTENIDO DE LA PROVIDENCIA QUE ANTECEDE.**

SANDRA CAROLINA MARTINEZ ALVAREZ
SECRETARIO

[3] Estado No. 073.