

**00Señores**  
**JUEZ CIVIL MUNICIPAL DE CALI (Reparto)**  
**E. S. D.**

<b>REFERENCIA:</b>	<b>PROCESO DECLARATIVO VERBAL</b>
<b>DEMANDANTE</b>	<b>FABISALUD IPS S.A.S.</b>
<b>DEMANDADO:</b>	<b>ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.</b>

**JORGE URIEL RUEDA ROMERO**, mayor de edad, con domicilio en Santiago de Cali (Valle), identificado con la cédula de ciudadanía No. **91.292.913** de Bucaramanga, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 208.777 del C.S. de la J, en condición de apoderado especial de la sociedad **FABISALUD IPS S.A.S.**, identificada con NIT. **900.951.033-8**, propietaria del establecimiento de comercio **CLINICA CRISTO REY**, identificado con matrícula mercantil 802975, conforme al poder otorgado por la Doctora **LUISA FERNANDA CORDON TORRES**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.019.053.412 expedida en Bogotá D.C en calidad de representante legal suplente, formulo respetuosamente ante usted, **PROCESO DECLARATIVO VERBAL DE MENOR CUANTÍA** en contra **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** identificada con Nit **860.524.654-6**, para que se resuelvan las facturas cambiarias radicadas por mi representada como reclamación de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito en las vigencias 2016-2017 con cargo al seguro obligatorio para accidente de tránsito - SOAT expedido por la compañía aseguradora aquí llamada.

Para tal efecto, me permito manifestar:

#### **I. IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES Y DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES**

**DEMANDANTE: FABISALUD IPS S.A.S**, sociedad comercial identificada con el NIT. **900.951.033-8**, de acuerdo con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá D.C. y que se anexa a la presente demanda, representada legalmente por **LUISA FERNANDA CORDON TORRES**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía N. 1.019.053.412, cuya dirección de notificación judicial es la avenida 5 # 22 Norte - 26 de la ciudad de Cali, teléfono para notificación y correo electrónico [jefe.contable@clinicacristorey.com.co](mailto:jefe.contable@clinicacristorey.com.co)

Al proceso asiste representada por el suscrito apoderado, **JORGE URIEL RUEDA ROMERO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 91.292.913 de Bucaramanga, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 208.777 del Consejo Superior de la Judicatura, y recibo notificaciones en la avenida 5 # 22 Norte - 26 en la ciudad de Cali, o mediante notificación al correo electrónico: [jorgeurielabogados@gmail.com](mailto:jorgeurielabogados@gmail.com)

**DEMANDADA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, sociedad comercial identificada con el NIT. 860.524.654-6, de acuerdo con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá D.C. y que se anexa al presente documento, representada legalmente por **CARLOS ARTURO GUZMÁN PELÁEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.608.605 de Cali, o quien haga sus veces, y cuya dirección de notificación judicial es Calle 100 No.9A-45 P2 de la ciudad de

Bogotá D.C. y correo electrónico para notificaciones judiciales: [notificaciones@solidaria.com.co](mailto:notificaciones@solidaria.com.co).

## II. PRETENSIONES

Solicito que se reconozcan en favor de mi representada las siguientes pretensiones:

**PRIMERA.** - Que se **DECLARE** la existencia de las obligaciones a cargo de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, consistente en los saldos objetados de las facturas cambiarias objeto de reclamación por los servicios de salud prestados por **FABISALUD IPS S.A.S.** a las víctimas de accidentes de tránsito de las vigencias 2016 y 2017, amparadas por pólizas SOAT expedidas por la demandada.

**SEGUNDA.**- Que se **DECLARE** responsable del pago a la demandada **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, de las facturas radicadas por la demandante **FABISALUD IPS S.A.S** por concepto de los servicios de salud brindados en las vigencias 2016 y 2017 a las víctimas de accidentes de tránsito amparadas por pólizas **SOAT** expedidas por la demandada, reclamaciones efectivamente radicadas por la demandada que fueron objetadas por la aseguradora, por las siguientes sumas líquidas de dinero, correspondientes al saldo insoluto de las facturas relacionadas a continuación:

1. Por UN MILLON QUINIENTOS VEINTICINCOMIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS MCTE.- (\$ 1.525.422), como saldo de la factura de servicios de salud número FC2965, presentada para su pago el día 13 de diciembre de 2016.
2. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 14 de febrero de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
3. Por DIECIOCHO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS MCTE.- (\$18.391.460), como saldo de la factura de servicios de salud número FC1830, presentada para su pago el día 13 de diciembre de 2016.
4. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 14 de febrero de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
5. Por UN MILLÓN DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE.- (\$1.238.400), como saldo de la factura de servicios de salud número FC948, presentada para su pago el día 13 de diciembre de 2016.
6. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 14 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
7. Por DOS MILLONES QUINIENTOS MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS MCTE.- (\$ 2.500.412), como saldo de la factura de servicios de salud número FC666, presentada para su pago el día 01 de noviembre de 2016.

8. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 02 de enero de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
9. Por DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS MCTE.- (\$ 2.264.166), como saldo de la factura de servicios de salud número FC386, presentada para su pago el día 01 de noviembre de 2016.
10. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 02 de enero de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
11. Por UN MILLÓN SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE.- (\$1.744.600), como saldo de la factura de servicios de salud número FC6991, presentada para su pago el día 16 de enero de 2017.
12. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 17 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
13. Por CUATRO MILLONES SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS MCTE.-(\$ 4.072.739), como saldo de la factura de servicios de salud número FC5662, presentada para su pago el día 16 de enero de 2017.
14. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 17 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
15. Por TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 38.800), como saldo de la factura de servicios de salud número FC6039, presentada para su pago el día 16 de enero de 2017.
16. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 17 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
17. Por OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE.- (\$ 868.000), como saldo de la factura de servicios de salud número FC5647, presentada para su pago el día 16 de enero de 2017.
18. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 17 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

19. Por DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTITRÉS PESOS MCTE.- (\$ 2.498.923), como saldo de la factura de servicios de salud número FC6948, presentada para su pago el día 16 de enero de 2017.
20. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 17 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
21. Por CUARENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 45.300), como saldo de la factura de servicios de salud número FC6162, presentada para su pago el día 16 de enero de 2017.
22. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 17 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
23. Por TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MCTE.- (\$ 3.674.384), como saldo de la factura de servicios de salud número FC4266, presentada para su pago el día 16 de enero de 2017.
24. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 17 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
25. Por UN MILLÓN SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE.- (\$ 1.685.850), como saldo de la factura de servicios de salud número FC3853, presentada para su pago el día 16 de enero de 2017.
26. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 17 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
27. Por UN MILLÓN OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 1.085.600), como saldo de la factura de servicios de salud número FC1385, presentada para su pago el día 16 de enero de 2017.
28. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 17 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
29. Por DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 2.997.400), como saldo de la factura de servicios de salud número FC1395, presentada para su pago el día 16 de enero de 2017.

- 30.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 17 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 31.** Por QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS DOS PESOS MCTE.- (\$ 15.406.502), como saldo de la factura de servicios de salud número FC1058, presentada para su pago el día 16 de enero de 2017.
- 32.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 17 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 33.** Por SETECIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 790.600), como saldo de la factura de servicios de salud número FC6258, presentada para su pago el día 24 de enero de 2017.
- 34.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 25 de marzo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 35.** Por UN MILLÓN QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 1.545.300), como saldo de la factura de servicios de salud número FC7416, presentada para su pago el día 01 de marzo de 2017.
- 36.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 02 de mayo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 37.** Por TRES MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS MCTE.- (\$ 3.312.412), como saldo de la factura de servicios de salud número FC7446, presentada para su pago el día 01 de marzo de 2017.
- 38.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 02 de mayo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 39.** Por DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS MCTE.- (\$ 2181612), como saldo de la factura de servicios de salud número FC10960, presentada para su pago el día 01 de marzo de 2017.
- 40.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 02 de mayo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

41. Por UN MILLÓN CIENTO SIETE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.- (\$1.107.500), como saldo de la factura de servicios de salud número FC7431, presentada para su pago el día 01 de marzo de 2017.
42. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 02 de mayo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
43. Por CUATRO MILLONES TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS MCTE.- (\$ 4.318.212), como saldo de la factura de servicios de salud número FC8353, presentada para su pago el día 01 de marzo de 2017.
44. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 02 de mayo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
45. Por UN MILLÓN SETECIENTOS UN MIL SETECIENTOS DOCE PESOS MCTE.- (\$ 1.701.712), como saldo de la factura de servicios de salud número FC8443 presentada para su pago el día 01 de marzo de 2017.
46. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 02 de mayo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
47. Por SEISCIENTOS CATORCE MIL CIENTO VEINTE PESOS MCTE.- (\$614.120), como saldo de la factura de servicios de salud número FC9505, presentada para su pago el día 01 de marzo de 2017.
48. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 02 de mayo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
49. Por TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE.- (\$ 350.000), como saldo de la factura de servicios de salud número FC9504, presentada para su pago el día 01 de marzo de 2017.
50. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 02 de mayo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
51. Por OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS MCTE.- (\$ 844.941), como saldo de la factura de servicios de salud número FC10685, presentada para su pago el día 17 de marzo de 2017.

52. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 18 de mayo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
53. Por UN MILLÓN SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SIETE PESOS MCTE.- (\$1.063.907), como saldo de la factura de servicios de salud número FC11164, presentada para su pago el día 17 de marzo de 2017.
54. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 18 de mayo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
55. Por DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS MCTE.- (\$ 295.856), como saldo de la factura de servicios de salud número FC10924, presentada para su pago el día 17 de marzo de 2017.
56. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 18 de mayo de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
57. Por DOS MILLONES VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS MCTE.- (\$ 2.028.412), como saldo de la factura de servicios de salud número FC9289, presentada para su pago el día 05 de abril de 2017.
58. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 06 de junio de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
59. Por TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS MCTE.- (\$ 3.483.412), como saldo de la factura de servicios de salud número FC11121, presentada para su pago el día 05 de abril de 2017.
60. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 06 de junio de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
61. Por CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DOCE PESOS MCTE.- (\$ 54.512), como saldo de la factura de servicios de salud número FC15306, presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
62. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

63. Por CIENTO CUARENTA MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS MCTE.- (\$ 140.697), como saldo de la factura de servicios de salud número FC15102, presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
64. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
65. Por SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 7.200), como saldo de la factura de servicios de salud número FC9710, presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
66. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
67. Por UN MILLÓN OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS MCTE.- (\$ 1.831.382), como saldo de la factura de servicios de salud número FC10224, presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
68. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
69. Por SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS MCTE.- (\$ 692.458), como saldo de la factura de servicios de salud número FC12929 presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
70. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
71. Por SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS MCTE.- (\$ 778.192), como saldo de la factura de servicios de salud número FC14351, presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
72. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
73. Por QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 597.300), como saldo de la factura de servicios de salud número FC19469, presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
74. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha

en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

- 75.** Por CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS MCTE.- (\$457.644), como saldo de la factura de servicios de salud número FC16735, presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
- 76.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 77.** Por OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 845.900), como saldo de la factura de servicios de salud número FC18047, presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
- 78.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 79.** Por DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL PESOS MCTE.- (\$ 2.537.000), como saldo de la factura de servicios de salud número FC17516, presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
- 80.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 81.** Por OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 838.400), como saldo de la factura de servicios de salud número FC19511, presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
- 82.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 83.** Por UN MILLÓN SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO SESENTA Y SEIS PESOS MCTE.- (\$ 1.749.166), como saldo de la factura de servicios de salud número FC20567, presentada para su pago el día 02 de agosto de 2017.
- 84.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de octubre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

- 85.** Por TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS DOCE PESOS MCTE.- (\$ 3.866.512), como saldo de la factura de servicios de salud número FC19711, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
- 86.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 87.** Por UN MILLÓN SEISCIENTOS DIECISÉIS MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS MCTE.- (\$ 1.616.812), como saldo de la factura de servicios de salud número FC11490, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
- 88.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 89.** Por QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 582.800), como saldo de la factura de servicios de salud número FC13002, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
- 90.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 91.** Por VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 24.300), como saldo de la factura de servicios de salud número FC13829, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
- 92.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 93.** Por UN MILLON SEISIENTOS SETENTA Y SEIS SETECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS MCTE.- (\$1.676.782), como saldo de la factura de servicios de salud número FC17450, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
- 94.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 95.** Por CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 48.400), como saldo de la factura de servicios de salud número FC15484, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.

96. Por los intereses moratorios certificados como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
97. Por CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 42.500), como saldo de la factura de servicios de salud número FC15588, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
98. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
99. Por CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA PESOS MCTE.- (\$ 156.870), como saldo de la factura de servicios de salud número FC20657, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
100. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
101. Por SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETENTA PESOS MCTE.- (\$ 637.070), como saldo de la factura de servicios de salud número FC20815, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
102. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
103. Por OC HENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 88.500), como saldo de la factura de servicios de salud número FC22833, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
104. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
105. Por TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE.- (\$375.500), como saldo de la factura de servicios de salud número FC22455, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
106. Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

- 107.** Por VEINTIOCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE.- (\$ 28.650), como saldo de la factura de servicios de salud número FC24361, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
- 108.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 109.** Por TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MCTE.- (\$ 369.575), como saldo de la factura de servicios de salud número FC24234, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
- 110.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 111.** Por SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 69.600), como saldo de la factura de servicios de salud número FC23974, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
- 112.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 113.** Por DOSCIENTOS VEINTISÉIS MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS MCTE.- (\$ 226.470), como saldo de la factura de servicios de salud número FC23969, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
- 114.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 115.** Por DOSCIENTOS TREINTA MIL NOVECIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 230.900), como saldo de la factura de servicios de salud número FC25961, presentada para su pago el día 04 de septiembre 2017.
- 116.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 05 de noviembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 117.** Por CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 58.800), como saldo de la factura de servicios de salud número FC12527, presentada para su pago el día 02 de octubre de 2017.

- 118.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de diciembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 119.** Por UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS MCTE.- (\$ 1.796.172), como saldo de la factura de servicios de salud número FC21920, presentada para su pago el día 02 de octubre de 2017.
- 120.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de diciembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 121.** Por UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE.- (\$ 1.844.725), como saldo de la factura de servicios de salud número FC21067, presentada para su pago el día 02 de octubre de 2017.
- 122.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de diciembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.
- 123.** Por TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS MCTE.- (\$ 351.200), como saldo de la factura de servicios de salud número FC28705, presentada para su pago el día 02 de octubre de 2017.
- 124.** Por los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, de la suma anterior desde el 03 de diciembre de 2017, fecha en que se hizo exigible la factura y hasta que se verifique su pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

En razón a los hechos expuestos, las acciones realizadas por la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, resultan contrarios a la normatividad vigente y a diversos pronunciamientos jurisprudenciales que establecen el procedimiento para el pago de los servicios en salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito amparadas por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT, al formular objeciones de forma extemporáneas e infundadas las facturas radicadas, afectando económicamente a **FABISALUD IPS S.A.S.**

En consecuencia, se solicita al honorable Juez que declare de la inexistencia de causal justa de las objeciones presentadas por **LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, y ordene el levantamiento inmediato de dichas objeciones extemporáneas e infundadas, permitiendo así el pago de las facturas adeudadas a **FABISALUD IPS S.A.S.** y garantizando el derecho de esta última al reconocimiento y compensación económica por los servicios de salud efectivamente prestados a las víctimas de accidentes de tránsito aseguradas y beneficiarias de las pólizas SOAT expedidas por la demandada.

**TERCERA.-** Que, en consecuencia de lo anterior, se **CONDENE** a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** a pagar a **FABISALUD IPS S.A.S.**, la suma de **CIENTO OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL**

**NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE (\$ 108.297.943)**, por concepto de servicios en salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparadas por pólizas SOAT expedidas por la aseguradora durante las vigencias 2016 y 2017, que se encuentran relacionados en el numeral segundo de las pretensiones.

**CUARTA.** - Que, como consecuencia de lo anterior, se **CONDENE** a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** a pagar a **FABISALUD IPS S.A.S**, los intereses moratorios, conforme a lo establecido en el inciso 4 del artículo 2.6.1.4.3.12. del Decreto 780 de 2016, que deberán calcularse desde la fecha en que debieron realizarse los pagos hasta la fecha en que se realicen. Esto se fundamenta en la mora incurrida por la entidad aseguradora al no pagar oportunamente los servicios de salud prestados, generando una afectación económica y financiera a **FABISALUD IPS S.A.S**, al no contar con los recursos correspondientes en el tiempo debido para el normal funcionamiento de sus operaciones.

En este orden de ideas, el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016 y la jurisprudencia Colombiana, establece claramente que el no pago dentro de los plazos dispuestos a causa de glosas infundadas o extemporáneas, comporta una obligación por parte de la aseguradora de reconocer y pagar al reclamante además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, **un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, por lo cual es procedente exigir dicho reconocimiento, a fin de resarcir los perjuicios derivados del incumplimiento por parte de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**

**QUINTO.** - Que se condene a la sociedad demandada al pago de las costas y agencias en Derecho resultante del proceso.

### **III. FUNDAMENTOS DE HECHO**

**PRIMERO.** - **FABISALUD IPS S.A.S.** propietaria del establecimiento de comercio **CLINICA CRISTO REY** es una Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS de carácter privado, perteneciente por su objeto social al subsector privado del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y, por tanto, se encuentra sujeta a las disposiciones normativas consagradas para dicho sector, de acuerdo con el artículo 185° de la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes.

**SEGUNDO.** - La compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, es una entidad dedicada a celebración de contratos de seguro, coaseguro y reaseguro asumiendo o traspasando los riesgos que, de acuerdo con la ley, puedan ser objeto de tales contratos.

**TERCERO.** – Con el fin de garantizar a la población colombiana el derecho a la vida y a la salud, la sociedad **FABISALUD IPS S.A.S.** se encuentra en la obligación legal y constitucional de prestar servicios de salud en atención de urgencias en su área de influencia, y los que se requieran como consecuencia de la atención inicial, a los usuarios que así lo demanden, sin exigir autorización u orden previa de la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliado el paciente de conformidad con lo estipulado en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, para efectos de lo cual deberá observar las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 en el momento de solicitar el pago del servicio, lo anterior debido a que entre la mi representada y la demanda no existe vínculo contractual.

**CUARTO.** - A su vez, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, se encuentra en la obligación de garantizar el pago de los servicios de salud que se presten a sus asegurados durante la atención de urgencias, y los que se requieran como consecuencia de la atención inicial con cargo a la cobertura de la póliza afectada con la reclamación,

hasta que el paciente sea dado de alta (egreso) u objeto de remisión, sin necesidad de expedir autorización u orden previa a la atención en salud, o aún sin la existencia de contrato con la IPS encargada de prestar el servicio de salud.

**QUINTO.-** Para efectos de obtener el pago de los servicios de salud prestados en atención de urgencias y servicios posteriores a la atención inicial, la sociedad **FABISALUD S.A.S.**, se encuentra en la obligación de elaborar y presentar ante la entidad responsable del pago – como lo es la entidad demanda **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, la respectiva factura de venta de servicios de salud generada por cada evento en salud, junto con los soportes de que trata el Anexo Técnico No. 5 de la Resolución 3047 del 2008 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

No. FACTURA	FECHA DE RADICADO	SALDO
FC948	13/12/2016	\$ 1.238.400
FC386	1/11/2016	\$ 2.264.166
FC6991	16/01/2017	\$ 1.744.600
FC5647	16/01/2017	\$ 868.000
FC6948	16/01/2017	\$ 2.498.923
FC3853	16/01/2017	\$ 1.685.850
FC1385	16/01/2017	\$ 1.085.600
FC1395	16/01/2017	\$ 2.997.400
FC9505	1/03/2017	\$ 614.120
FC9504	1/03/2017	\$ 350.000
FC8443	3/01/2017	\$ 1.701.712
FC8353	1/03/2017	\$ 4.318.212
FC10960	1/03/2017	\$ 2.181.612
FC7446	3/01/2017	\$ 3.312.412
FC7431	1/03/2017	\$ 1.107.500
FC7416	1/03/2017	\$ 1.545.300
FC10924	17/03/2017	\$ 295.856
FC11164	17/03/2017	\$ 1.063.907
FC10685	17/03/2017	\$ 844.941
FC11121	5/04/2017	\$ 3.483.412
FC9289	5/04/2017	\$ 2.028.412
FC19511	2/08/2017	\$ 838.400
FC17516	2/08/2017	\$ 2.537.000
FC18047	2/08/2017	\$ 845.900
FC16735	2/08/2017	\$ 457.644
FC19469	2/08/2017	\$ 597.300
FC14351	2/08/2017	\$ 778.192
FC15306	2/08/2017	\$ 54.512
FC10224	2/08/2017	\$ 1.831.382
FC9710	2/08/2017	\$ 7.200
FC15102	2/08/2017	\$ 140.697
FC25961	4/09/2017	\$ 230.900
FC23974	4/09/2017	\$ 69.600

FC23969	4/09/2017	\$ 226.470
FC24361	4/09/2017	\$ 28.650
FC22455	4/09/2017	\$ 375.500
FC22833	4/09/2017	\$ 88.500
FC20815	4/09/2017	\$ 637.070
FC20657	4/09/2017	\$ 156.870
FC13829	4/09/2017	\$ 24.300
FC17450	4/09/2017	\$ 1.676.782
FC11490	4/09/2017	\$ 1.616.812
FC19711	4/09/2017	\$ 3.866.512
FC28705	2/10/2017	\$ 351.200
FC21067	2/10/2017	\$ 1.844.725
FC21920	2/10/2017	\$ 1.796.172
FC12527	2/10/2017	\$ 58.800
FC2965	13/12/2016	\$ 1.525.422
FC1830	13/12/2016	\$ 18.391.460
FC666	1/11/2016	\$ 2.500.412
FC5662	16/01/2017	\$ 4.072.739
FC6039	16/01/2017	\$ 38.800
FC6162	16/01/2017	\$ 45.300
FC4266	16/01/2017	\$ 3.674.384
FC1058	16/01/2017	\$ 15.406.502
FC6258	24/01/2017	\$ 790.600
FC20567	2/08/2017	\$ 1.749.166
FC12929	2/08/2017	\$ 692.458
FC24234	4/09/2017	\$ 369.575
FC15588	4/09/2017	\$ 42.500
FC15484	4/09/2017	\$ 48.400
FC13002	4/09/2017	\$ 582.800
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 108.297.943</b>

**SEXTO.** – El artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016 consagra el término de (2) meses para que la entidad aseguradora realice auditoria integral a las facturas presentadas para su cobro, y de ser pertinente formule glosas o devoluciones en sujeción a los códigos determinados en el anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012. En este sentido, atendiendo al principio de buena fe y, a **la prohibición de presentar objeciones infundadas** establecida en el Numeral 2.3.3. de la Circular externa 015 del año 2016, a las compañías aseguradoras les comporta la obligación de presentar objeciones de forma seria y fundada, exponiendo de manera suficiente los motivos que sustentan la negativa al pago en virtud de la auditoria integral realizada a las facturas en conjunto con sus anexos.

Ahora bien, según registro de **FABISALUD IPS S.A.S.** los servicios e insumos facturados a continuación, fueron objetados de forma infundada por parte de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, para lo cual, **FABISALUD IPS S.A.S** contesto todas las objeciones propuestas, indicando detalladamente la pertenencia de los servicios facturados, subsanando la información requerida o aportando la documentación que la entidad solicitó sobre las atenciones prestadas a los pacientes asegurados, esto con la finalidad de que dichas objeciones fueran levantadas y se procediera con el pago de los servicios prestados. Sin embargo, la entidad accionada

confirmó el motivo de la objeción (ratificación) negando el reconocimiento económico de los saldos restantes o devolviendo la totalidad de las facturas presentadas objeto del presente proceso, impidiendo con ello el adecuado flujo de los recursos al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, teniendo cuenta que la naturaleza de las facturas por servicios en salud emitidas por las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud – IPS.

Así las cosas, en razón a la naturaleza del presente proceso, se procederá a desvirtuar de manera detallada e individual las objeciones presentadas por la entidad aseguradora respecto de cada factura notificada, ello con la finalidad de que sean levantadas y en consecuencia proceda con el pago de los saldos pendientes con sus correspondientes intereses moratorios del que habla el Artículo 1080 Código de Comercio:

1. **FACTURA FC948:** Que del día 12/10/2016 al 12/10/2016 FABISALUD IPS S.A.S prestó atención en salud por valor de \$1.855.545 al señor HUBER FERNANDO RAMOS MARIN quien ingresó en contexto de ACCIDENTE DE TRÁNSITO amparada por la póliza SOAT expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Posteriormente, el día 13 de diciembre de 2016 FABISALUD IPS S.A.S en razón al servicio prestado, presentó a la compañía aseguradora reclamación formal con los requisitos enumerados en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015. La entidad aseguradora reconoció \$617.145, quedando un saldo pendiente de pago de \$1.238.400.

En dicho sentido, la entidad accionada objetó el día 13/01/2017 la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, aduciendo como causal de la objeción “*factura no cumple requisitos legales*” justificando la causal invocada por supuestas “*inconsistencias en la versión de los hechos que realiza el paciente*” en el FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS EN SALUD – FURIPS. En ese orden de ideas, la aseguradora aplica la causal de devolución 849 del anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012, que indica textualmente lo siguiente: “*849. Factura no cumple. Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales*”, es decir, que como la norma lo indica esta causal se ha diseñado cuando la factura adolece de un anexo que es exigido como requisito legal para presentar la reclamación ante la entidad competente, por lo cual corresponde a una objeción ilegal y arbitraria, debido a que le dan un alcance distinto al que se encuentra inmerso en la manera taxativa en la norma ibidem. Lo anterior, desnaturaliza el sentido normativo de la taxatividad en las devoluciones, por cuanto como se indicó anteriormente, la causal va dirigida a atacar reclamaciones por carencia de documentos exigidos para la facturación como título complejo tanto en el Decreto 780 de 2016 como en el Decreto 056 de 2015.

En este orden de ideas, para mayor claridad, la causal alegada se ha diseñado exclusivamente cuando la factura de venta o el documento equivalente a ella, no cumple con las formalidades establecidas en el artículo 617 del estatuto tributario, que determina los “*requisitos de la factura de venta*” siendo estos:

“*Artículo 617. requisitos de la factura de venta. <Artículo modificado por el artículo 40 de la Ley 223 de 1995. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos tributarios, la expedición de factura a que se refiere el artículo 615 consiste en entregar el original de esta, con el lleno de los siguientes requisitos:*

- a. *Estar denominada expresamente como factura de venta.*
- b. *Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.*

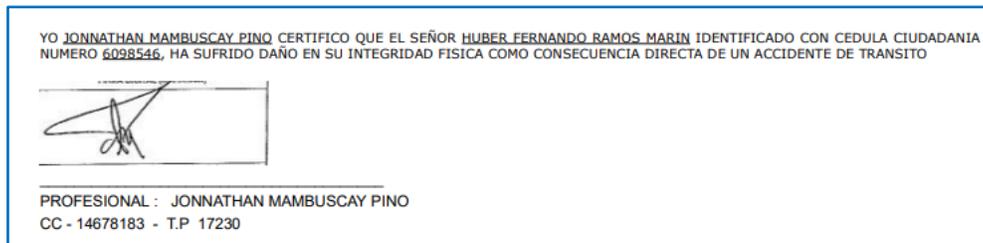
- c. *<Literal modificado por el artículo 64 de la Ley 788 de 2002. El nuevo texto es el siguiente:> Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.*
- d. *Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.*
- e. *Fecha de su expedición.*
- f. *Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.*
- g. *Valor total de la operación.*
- h. *El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.*
- i. *Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.*
- j. *<Literal INEXEQUIBLE> (...)*

En este sentido, la demanda para invocar la causal debe señalar de manera precisa la omisión de uno o varios de los requisitos mencionados en el párrafo anterior, dado el carácter estricto de las devoluciones, cumpliendo con la obligación de motivar las objeciones propuestas en razón a la causal invocada conforme lo dispone el artículo 24° del Decreto 4747 de 2007. Sin embargo, en el presente caso, la entidad demanda no dio cumplimiento a dicha exigencia, ya que en la devolución efectuada invoca el código 849 argumentado supuesta “*inconsistencias en la versión de los hechos que realiza el paciente*” exigencia que no comporta un requisito de facturación mencionado, por tanto, no es posible su aplicación, es decir, la causal normativa está destinada a cuestionar reclamaciones cuando la factura de venta o el documento equivalente carecen de alguno de los requisitos formales establecidos en el Estatuto Tributario, y no se aplica para cuestionar presuntas inconsistencias en la versión de los hechos que realiza el paciente. Es así como, la entidad promotora de salud no presentó controversia sobre el contenido de forma o fondo de la factura de venta, por tanto, la devolución aplicada resulta injustificada y arbitraria, no quedando otra salida para la EPS más que reconocer y cancelar el valor de lo adeudado con los respectivos intereses moratorios.

Ahora bien, en el presente caso, se tiene que mi representada aportó el FURIPS como soporte de la factura como anexo obligatorio en la reclamación, y se tiene comprobado que la aseguradora no realizó la devolución por la no presencia de este, sino porque a su parecer no hay conciencia en los hechos relatados por el paciente, convirtiéndose entonces en una objeción sin fundamento jurídico, con la única intención de no realizar un pago al que legalmente se encuentran obligados.

Habiendo dejado claro que corresponde a una devolución sin justificación legal, por cuanto la aseguradora utiliza un código de devolución que no tiene las características aducidas, habrá de centrarse específicamente en el caso de los hechos narrados por un paciente al momento de la atención en la IPS. Es así como FABISALUD IPS S.A.S dio respuesta a la objeción generada por la aseguradora indicando que la versión de los hechos del accidente de tránsito trascrita tanto en la historia clínica como en el FURIPS atienden a la información suministrada por el paciente, es decir, que mi representada como IPS no tiene labores de investigación pues con base en el principio constitucional y legal de la buena fe asume que

la información brindada por las personas corresponde a la realidad, esto se ve reflejado en el artículo 83 de la Carta Magna, por tanto, FABISALUD IPS S.A.S tiene como única responsabilidad legal la de corroborar el motivo de ingreso con las patologías que el paciente presenta, donde el profesional de la salud con base en la entrevista realizada a este, las impresiones diagnósticas, el examen físico y las condiciones de ingreso, determina y certifica la ocurrencia del siniestro, conforme lo establece el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, certificación que se encuentra inmersa en la Historia clínica así:



Es así como, posterior a realizar este ejercicio silogístico resulta evidente que mi representada presentó la factura y sus anexos reglamentarios estatuidos en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015 a la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA con ocasión de las atenciones en salud brindadas a su asegurado; sin embargo, la entidad aseguradora con el código de devolución 849 del anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012, objetó la reclamación aduciendo supuestas inconsistencias en la versión de los hechos reportados por el paciente, cuando dicha causal como se indicó, y que basta con la simple lectura de esta, se encuentra diseñada exclusivamente para devoluciones cuando la factura o el documento equivalente a ella, no cumple con las formalidades establecidas en el artículo 617 del estatuto tributario. Y en el presente caso, queda por sentado, que la causal alegada no guarda relación con la justificación de esta e incluso de la misma objeción se extrae, que la reclamación presenta por mi representada si contenía el FURIPS, por tanto, resulta inaplicable dicha causal, no quedando otro camino más que el de levantarla y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

En este orden de ideas, se informa a esta judicatura que la entidad demandada devolvió las facturas relacionadas a continuación aplicando de manera incorrecta la causal de devolución 849, contenida en el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 situación guarda similitud con el argumento previamente expuesto, por lo que, en virtud de lo señalado, se reitera y acoge la defensa presentada anteriormente sobre las siguientes facturas:

FACTURA	FECHA DE RADICACIÓN	FECHA DE FORMULACIÓN DE OBJECIÓN	SALDO
FC7431	01/03/2017	14/03/2017	\$1.107.500.
FC7416	01/03/2017	29/03/2017	\$1.545.300.
FC10924	17/03/2017	04/04/2017	\$295.858
FC10685	17/03/2017	05/04/2017	\$844.941
FC18047	02/08/2017	28/08/2017	\$845.900.
FC19511	02/08/2017	29/08/2017	\$838.400.
FC17516	02/08/2017	01/09/2017	\$2.537.000.
FC9505	01/03/2017	14/03/2017	\$ 614.120.

FC9504	01/03/2017	03/04/2017	\$ 350.000.
FC11164	17/03/2017	20/04/2017	\$106.3907.
FC14351	02/08/2017	24/08/2017	\$778.192.
FC19711	04/09/2017	22/09/2017	\$3.866.512.
FC12527	02/10/2017	24/10/ 2017	\$58.800.
FC28705	02/10/2017	27/10/2017	\$351.200.
FC10224	02/08/2017	24/08/2017	\$1.831.382.
FC9710	02/08/2017	28/08/2017	\$7.200.
FC15306	02/08/2017	24/08/2017	\$54.512.
FC3853	16/01/2017	06/03/2017	\$1.685.850.
FC23974	04/09/2017	20/10/2017	\$ 69.600.
FC23969	04/09/2017	20/10/2017	\$226.470.
FC24361	04/09/2017	20/10/2017	\$28.650.
FC13829	04/09/2017	20/10/2017	\$ 24.300.
FC11490	04/09/2017	20/10/2017	\$1.616.812.
FC8443	04/04/2017	04/04/2017	\$1.701.712
FC25961	04/09/2017	20/09/2017	\$230.900.
FC386	01/11/2016	06/12/2016	\$3.907.035

2. **FACTURA FC8353:** Que del día 12/01/2017 al 12/01/2017 FABISALUD IPS S.A.S prestó atención en salud por valor de \$4.889.297 a la señora YICEL ALEXANDRA VILLAMARIN BALANTA quien ingresó en contexto de ACCIDENTE DE TRÁNSITO amparada por la póliza SOAT expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Posteriormente, el día 01 de marzo de 2017 FABISALUD IPS S.A.S en razón al servicio prestado, presentó a la compañía aseguradora reclamación formal con los requisitos enumerados en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015. Así, la entidad aseguradora reconoció \$571.085, quedando un saldo pendiente de pago de \$4.318.212.

En dicho sentido, la entidad accionada el día 03/03/2017 objetó de manera parcial la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, aduciendo como una de las causales de objeción: “PERTINENCIA/AYUDAS DIAGNOSTICAS” de (TAC DE SENOS PARANASALES/TAC DE PELVIS) por “no pertinentes, sin hallazgos que ameriten su toma, puede estudiarse con RX simple”, y (TAC DE COLUMNA CERVICAL/ESPACIOS ADICIONALES) por “no pertinente sin RX convencional previo con hallazgos de lesión traumática aguda no valoración por especialista que justifiquen su toma”. En ese orden de ideas, la aseguradora aplica la causal de glosa 6 08 del anexo técnico Numero 6° de la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012, que indica textualmente lo siguiente: “608. Ayudas diagnósticas. Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.”, es decir, que como la norma lo indica, esta causal se ha diseñado exclusivamente cuando la ayuda diagnostica practicada no tiene relación con las patologías de ingreso del paciente, en otras palabras, que no existe coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas por el galeno.

Es así como, la justificación de la causal invocada por la entidad accionada corresponde a una objeción inmotivada y carente de estudio clínico previo, toda vez que, la compañía aseguradora se limita a enunciar supuesta “no pertinencia de las ayudas diagnosticas”, sin realizar la respectiva auditoria integral a la factura y sus anexos como la historia clínica de la que habla el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016. Lo anterior, teniendo en cuenta

que, de la simple lectura de la historia clínica que es el documento idóneo que registra cronológicamente la atención en salud del paciente según la Resolución 1995 de 1999, aportada a la entidad accionada con la reclamación, se evidencia que las ayudas diagnósticas practicadas fueron indicadas por el médico tratante en consecuencia de los politraumatismos sufridos por el paciente en el accidente de tránsito, ello se ve reflejado en el EXAMEN FISICO/MENTAL de los siguientes sistemas:

- CABEZA Y CUELLO: contaba con la valoración ANORMAL con hallazgo de: “NORMOCEFALO, CON DOLOR A LA PALPACION EN REGION OCCIPITAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, MUCOSA ORAL HIDRATADA; CON EDEMA, HEMATOMA DOLOR A LA PALPACION Y DEFORMIDAD EN HEMICARA IZQUIERDA, CUELLO, CON DOLOR A LA PALPACION EL CUAL SE EXACERBA CON LA MOVILIDAD PASIVA”.
- EXTREMIDADES: contaba con la valoración ANORMAL con hallazgo de: “CON EDEMA, HEMATOMAS, ESCORIACIONES EXTENSAS, DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACIÓN FUNCIONAL MARCADA A NIVEL DE PELVIS Y CADERA DE PREDOMINIO IZQUIERDO, PULSOS +, LLENADO CAPILAR < A 2 SEG, NO SIGNOS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL.”.

Es decir, con base en el examen físico y las impresiones diagnósticas realizadas al paciente, el médico tratante ordena la práctica de las ayudas diagnósticas como se evidencia a continuación: “POR LO REFERIDO POR EL PACIENTE, EL MECANISMO DE EL TRAUMA Y LOS HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO SE DECIDE SE SOLICITAR TAC DE CRANEEO SIMPLE PARA DESCARTAR LESIONES INTRAPARENQUIMATOSAS, TAC DE CARA PARA DESCARTAR FRACTURAS, TAC DE COLUMNA CERVICAL, DORSAL Y LUMBOSACRA PARA DESCARTAR FRACTURAS VERTEBRALES Y/O LISTESIS, TAC DE PELVIS, PARA DESCARTAR TRAZOS DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES, SEGUN EVOLUCION CLINICA Y REPORTES DE ESTUDIOS SE DEFINIR LA CONDUCTA MEDICA”, por lo cual, resulta claro que el paciente contaba con hallazgos clínicos evidentes que justificaban el empleo de las ayudas diagnósticas practicadas a criterio del galeno. Siendo entonces contradictorio y desproporcionado objetar la factura por supuesta necesidad de RAYOS X, toda vez que del documento clínico del paciente se extrae la relación que existe entre la condición clínica de ingreso del paciente y la necesidad de la ayuda diagnóstica practicada como requisito esencial para su pertinencia por estar ordenada por un médico tratante. Resultando inaplicable la causal invocada por la aseguradora, al no cumplirse las condiciones enunciadas en el anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 para su aplicación, puesto que el mismo se no consagra la necesidad de emplear ayudas diagnósticas prevalentes sobre otra, por cuanto, dicha facultad atiende exclusivamente al criterio del galeno tratante, que a razón de la entrevista realizada al paciente, las impresiones diagnósticas, el examen físico y las condiciones de ingreso, determinó la necesidad de la tecnología a usar, en ejercicio de la autorregulación y la prohibición de exámenes innecesarios consagrada en el Parágrafo del artículo 10° de la Ley 23 de 1981.

Ahora, es importante resaltar que, la objeción por supuesta FALTA DE PRESCRIPCION DE UN ESPECIALISTA, resulta caprichosa y desmesurada además de no estar contemplada dentro de la causal invocada en la normatividad, toda vez que los médicos especialistas no son los únicos llamados a establecer el tratamiento médico que requiere un paciente, por cuanto todos los PROFESIONALES DE LA SALUD en pleno ejercicio de sus funciones, se encuentran en la facultad de tomar las acciones que consideren pertinentes para garantizar la atención integral en salud de sus pacientes, lo que incluye la posibilidad de indicar exámenes clínicos para definir conducta, si así lo consideran, de acuerdo con la ley 23 de 1981, Decreto

780 de 2016, la Ley 1164 de 2007, la Ley 17518 de 2015 y demás normas aplicables. En razón a los argumentos expuestos, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

Igualmente, la entidad accionada objetó parcialmente la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, por “PERTINENCIA/MEDICAMENTOS” a criterio de la demandada *"por no existir relación medica de acuerdo con las lesiones registradas y causadas en el accidente de tránsito y soportadas en la historia clínica inicial"*. En ese orden de ideas, la aseguradora aplica la causal de glosa 607 del anexo técnico Numero 6° de la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012, como la norma lo indica, esta causal se ha diseñado exclusivamente cuando el tratamiento médico indicado no tiene relación con las patologías de ingreso al paciente, en otras palabras, que no exista coherencia entre la historia clínica y el tratamiento ordenado por el galeno.

Es así como, la justificación de la causal invocada por la entidad accionada corresponde a una objeción inmotivada y carente de estudio clínico previo, toda vez que, la entidad aseguradora se limita a enunciar la supuesta *"no pertinencia de medicamentos por no existir relación con el accidente de tránsito"*, sin realizar la respectiva auditoria integral a la factura y sus anexos como la historia clínica de la que habla el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016 teniendo en cuenta que, de la simple lectura de la historia clínica, que le fue aportada a la entidad accionada en la reclamación, se desprende que la paciente ingreso con motivo de consulta: “PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS, TRAÍDO POR LOS PARAMEDICOS POR PRESENTAR ACCIDENTE DE TRANSITO DE ALTA ENERGÍA, SUFRIENDO TRAUMATISMO A NIVEL DE CABEZA, TRAUMA MAXILOFACIAL, TRAUMA EN REGIÓN CERVICAL, DORSAL Y LUMBOSACRA, TRAUMA EN PELVIS (...)”, con hallazgos al XAMEN FÍSICO/MENTAL del tipo sistema “EXTREMIDADES” así: *“EDEMA, HEMATOMAS, ESCORIACIONES EXTENSAS, DOLOR A LA PALPACIÓN Y LIMITACIÓN FUNCIONAL MARCADA A NIVEL DE PELVIS Y CADERA DE PREDOMINIO IZQUIERDO, PULSOS +, LLENADO CAPILAR < A 2SEG, NO SIGNOS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL”*, diagnostico que guarda relación con la indicación médica brindada al egreso del paciente *“MANEJO ANALGESICO + EQUIMOSYN PARA MEJOR MANEJO DE HEMATOMAS, EDEMAS Y TRAUMAS MULTIPLES, + SCARE PARA MEJOR MANEJO Y MEJOR PROCESO DE CICATRIZACION DE ABRASIONES, ESCORIACIONES, LACERACIONES Y HERIDAS”*.

Por lo expuesto, es claro que el paciente ingresó en un contexto de accidente de tránsito politraumatizado, con hallazgos en el examen físico que soporta la pertinencia de los medicamentos ordenados por el galeno tratante, resultando inaplicable la causal invocada por la aseguradora, al no cumplirse las condiciones enunciadas en el anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012 para su aplicación, teniendo en cuenta que entidad aseguradora objetó la factura sin realizar la respectiva auditoria integral de la que habla el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, limitándose solo a relacionar negativas sin haber efectuado la respectiva validación y análisis de la documentación aportada en la reclamación, conforme lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio. En razón a los argumentos expuestos, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

En este orden de ideas, se informa a esta judicatura que la entidad demandada glosó las facturas relacionadas a continuación aplicando de manera incorrecta la causal de glosa 607 y

608 contenida en el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 situación guarda similitud con el argumento previamente expuesto, por lo que, en virtud de lo señalado, se reitera y acoge la defensa presentada anteriormente sobre las siguientes facturas:

FACTURA	FECHA DE RADICACIÓN	FECHA DE FORMULACIÓN DE OBJECCIÓN	SALDO
FC11121	05/04/2017	05/04/2017	\$3.483.412.
FC9289	05/04/2017	05/04/2017	\$2.028.412.
FC19469	02/08/2017	01/09/2017	<b>\$597.300</b>
FC22455	04/09/2017	04/09/2017	\$375.500.
FC6991	16/01/2017	23/02/2017	\$1.744.600.
FC6948	16/01/2017	24/02/2017	\$2.498.923.
FC7446		03/03/2017	\$3.312.412.
FC1395	16/01/2017	21/02/2017	\$ 2.997.400.
FC1385	16/01/2017	24/02/2017	\$ 1.085.600.
FC20657	04/09/2017	04/09/2017	\$156.870.

3. **FACTURA FC22833:** Que del día 18/06/2017 al 18/06/2017 FABISALUD IPS S.A.S prestó atención en salud por valor de \$264.682 de la señora KELIN MELIZA CASTILLO RODRIGUEZ, quien ingresó en contexto de ACCIDENTE DE TRÁNSITO amparada por la póliza SOAT expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Posteriormente, el día 04 de septiembre de 2017, FABISALUD IPS S.A.S en razón al servicio prestado, presentó a la compañía aseguradora reclamación formal con los requisitos enumerados en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015. Así, la entidad aseguradora reconoció \$176.182 quedando un saldo pendiente de pago de \$88.500.

En dicho sentido, la entidad accionada el día 04 de septiembre de 2017 objetó de manera parcial la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, aduciendo como una de las causales de objeción: “PERTINENCIA/ESTANCIAS” de (SALA DE OBSERVACION) *por “no pertinente según tiempo de estancia intrahospitalaria según historia clínica”*. En ese orden de ideas, la justificación de la causal invocada por la entidad accionada corresponde a una objeción infundada y carente de apoyo normativo, toda vez que, el artículo 1 del Decreto 887 de 2001 que modificó el artículo 1 del Decreto 2423 de 1996, determina que los servicios en salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito amparadas por la póliza SOAT se deben de facturar de acuerdo con los valores establecidos en el manual de tarifas SOAT. Es así como, para el caso concreto, el parágrafo 2 del artículo 47° del Decreto 2423 de 1996 (vigente a la fecha de la facturación), en el aparte de “ESTANCIAS” Numeral 9° “URGENCIAS” establece que: *“Cuando la permanencia en la sala de observación de urgencias sea inferior a seis (6) horas se reconocerán los valores señalados en el numeral 9. del presente Artículo. Cuando supere las 6 horas se reconocerán los valores señalados en el presente Artículo, para habitación de 4 o más camas, según el nivel de la Institución Prestadora del Servicio de Salud; es decir, se tomarán en cuenta los códigos (38114-38124-38134).”* (resaltado y subrayado fuera del texto original), siendo esta para INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL la tarifa a pagar es de \$88.500. Lo anterior, teniendo en cuenta que, de la simple lectura de la historia clínica que es el documento idóneo que registra cronológicamente la atención en salud del paciente según la Resolución 1995 de 1999, aportada a la entidad accionada con la reclamación, se evidencia que la paciente ingresó al servicio de urgencias el día 18/6/2017 a las 16:32:58 y egresó el 18/6/2017 a las 17:52:00, es decir, la paciente estuvo en observación por UNA HORA Y VEINTE MINUTOS (1:20), por lo cual resulta justificable la facturación

presentada a la luz de lo dispuesto en el citado decreto. En razón a los argumentos expuestos, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento legal, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

4. **FACTURA FC10960:** Que del día 27/12/2016 al 28/12/2016 FABISALUD IPS S.A.S prestó atención en salud por valor de \$5.694.455 a la señora YOLANDA BORRERO DE HERRERA quien ingresó en contexto de ACCIDENTE DE TRÁNSITO amparada por la póliza SOAT expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Posteriormente, el día 01 de marzo de 2017 FABISALUD IPS S.A.S en razón al servicio prestado, presentó a la compañía aseguradora reclamación formal con los requisitos enumerados en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015. Así, la entidad aseguradora reconoció \$3.512.843, quedando un saldo pendiente de pago de \$2.181.612.

En dicho sentido, la entidad accionada el día 01/03/2017 objetó de manera parcial la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, aduciendo como una de las causales de objeción: “PERTINENCIA/AYUDAS DIAGNOSTICAS” de: (TAC COLUMNA CERVICAL / ESPACIOS ADICIONALES) por “no pertinente, sin RX convencional previo con hallazgos de lesión traumática aguda no valoración por especialistas que justifiquen su toma”, (TAC DE SEOS PARANASALES) refiere que “es posible evaluar con RX convencional”. En ese orden de ideas, la aseguradora aplica la causal de glosa 6 08 del anexo técnico Numero 6° de la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012, que indica textualmente lo siguiente: “608. Ayudas diagnósticas. Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura **no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**”, es decir, que como la norma lo indica, esta causal se ha diseñado exclusivamente cuando la ayuda diagnóstica practicada no tiene relación con las patologías de ingreso del paciente, en otras palabras, que **no existe coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas por el galeno.**

Es así como, la justificación de la causal invocada por la entidad accionada corresponde a una objeción inmotivada y carente de estudio clínico previo, toda vez que, la compañía aseguradora se limita a enunciar supuesta “no pertinencia de las ayudas diagnósticas”, sin realizar la respectiva auditoría integral a la factura y sus anexos como la historia clínica de la que habla el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016. Lo anterior, teniendo en cuenta que, de la simple lectura de la historia clínica que es el documento idóneo que registra cronológicamente la atención en salud del paciente según la Resolución 1995 de 1999, aportada a la entidad accionada con la reclamación, se evidencia que las ayudas diagnósticas practicadas fueron indicadas por el médico tratante en consecuencia de los politraumatismos sufridos por el paciente en el accidente de tránsito, ello se ve reflejado en el diagnóstico de ingreso, anotado en el registro clínico, así: “PACIENTE INGRESA AL SERVICIO DE OBSERVACION PISO 8 EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON ALTA CARGA DE ENERGIA CINETICA, PRESENTA POLITRAUMATISMO: TCE LEVE, TX FACIAL, T COLUMNA CERVICAL, TX DE RODILLA Y MUÑECA IZQUIERDA + HERIDA EN POMULO DERECHO” y el EXAMEN FISICO/MENTAL de los sistemas:

Abdomen	NORMAL	ABDOMEN SIN CICATRICES SIMETRICO BLANDO DEPRESIBLE RUIDOS PERISTÁLTICOS NORMALES SIN PRESENCIA DE MASAS O MEGALIAS
Piel y Faneras	NORMAL	DE COLORACION NORMAL SIN LESIONES
Extremidades	ANORMAL	POLITRAUMATISMO
Cabeza y Cuello	ANORMAL	TRAUMA DE CABEZA Y CUELLO
Mamas	NORMAL	SIMETRICAS NO MASAS NO LESIONES NO SECRECIONES.
Ginecologico	NORMAL	SIN ALTERACIONES
Piel	NORMAL	DE COLORACION NORMAL SIN LESIONES

Por lo cual, resulta claro que el paciente contaba con hallazgos clínicos evidentes que justificaban el empleo de las ayudas diagnósticas practicadas a criterio del galeno. Siendo entonces contradictorio y desproporcionado objetar la factura por supuesta necesidad de RAYOS X, toda vez que del documento clínico del paciente se extrae la relación que existe entre la condición clínica de ingreso del paciente y la necesidad de la ayuda diagnóstica practicada como requisito esencial para su pertinencia por estar ordenada por un médico tratante. Resultando inaplicable la causal invocada por la aseguradora, al no cumplirse las condiciones enunciadas en el anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012 para su aplicación, puesto que el mismo se no consagra la necesidad de emplear ayudas diagnósticas prevalentes sobre otra, por cuanto, dicha facultad atiende exclusivamente al criterio del galeno tratante, que a razón de la entrevista realizada al paciente, las impresiones diagnósticas, el examen físico y las condiciones de ingreso, determinó la necesidad de la tecnología a usar, en ejercicio de la autorregulación y la prohibición de exámenes innecesarios consagrada en el Parágrafo del artículo 10° de la Ley 23 de 1981.

Ahora, es importante resaltar que, la objeción por supuesta FALTA DE PRESCRIPCIÓN DE UN ESPECIALISTA, resulta caprichosa y desmesurada además de no estar contemplada dentro de la causal invocada en la normatividad, toda vez que los médicos especialistas no son los únicos llamados a establecer el tratamiento médico que requiere un paciente, por cuanto todos los PROFESIONALES DE LA SALUD en pleno ejercicio de sus funciones, se encuentran en la facultad de tomar las acciones que consideren pertinentes para garantizar la atención integral en salud de sus pacientes, lo que incluye la posibilidad de indicar exámenes clínicos para definir conducta, si así lo consideran, de acuerdo con la ley 23 de 1981, Decreto 780 de 2016, la Ley 1164 de 2007, la Ley 17518 de 2015 y demás normas aplicables. En razón a los argumentos expuestos, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

Igualmente, la entidad accionada objetó parcialmente la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, por “PERTINENCIA/MEDICAMENTOS” (OXIDO DE ZINC / ÁRNICA Y CALENDULA) a criterio de la demandada "por no existir relación médica de acuerdo con las lesiones registradas y causadas en el accidente de tránsito y soportadas en la historia clínica inicial". En ese orden de ideas, la aseguradora aplica la causal de devolución 6 07 del anexo técnico Numero 6° de la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012, que indica textualmente lo siguiente: “607. Medicamentos. Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados **no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**”, es decir, como la norma lo indica, esta causal se ha diseñado exclusivamente cuando el tratamiento médico indicado no tiene relación con las patologías de ingreso al paciente, en otras palabras, que **no exista coherencia entre la historia clínica y el tratamiento ordenado por el galeno.**

Es así como, la justificación de la causal invocada por la entidad accionada corresponde a una objeción inmotivada y carente de estudio clínico previo, toda vez que, la entidad aseguradora se limita a enunciar la supuesta “***no pertinencia de medicamentos por no existir relación con el accidente de tránsito***”, sin realizar la respectiva auditoría integral a la factura y sus anexos como la historia clínica de la que habla el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016 teniendo en cuenta que, de la simple lectura de la historia clínica, que le fue aportada a la entidad accionada en la reclamación, se desprende que el médico tratante indica que:

*“PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON HERIDA EN MEJILLA IZQUIERDA, ABRASIONES CIRCUNDANTES POR LO QUE SOLICITAN IC. AL EF: PACIENTE ESTABLE. CARA TERCIO MEDIO: HERIDA DE 4 CM TRASVERSAL DE BORDES IRREGULARES Y ABRASIÓN PROFUNDA CIRCUNDANTE CON DIAMETRO DE APROX 4 X 4 CM.(...) ”* con examen físico de extremidades: *“LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS, MÚLTIPLES LACERACIONES, TRAUMAS DE TEJIDOS BANDOS EN EXTREMIDADES”* examen físico de ojos: *“ESTIGMAS DE TRAUMAS EN CARA, HERIDA EN PÓMULO IZQUIERDO YA SUTURADO POR CIRUGÍA PLÁSTICA”* , por lo cual el galeno tratante indica *“(...)SCARE TOPICO, PARA ACELERAR EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE LACERACIONES Y DISMINUIRLOS RIESGOS DE SOBREENFECCIÓN, EQUIMOSYN TOPICO, PARA ACELERAR EL PROCESO ANTI INFLAMATORIO Y REDUCIR LAS EQUIMOSIS(...).”* Por lo expuesto, es claro que el paciente ingresó en un contexto de accidente de tránsito politraumatizado, con hallazgos en el examen físico que soporta la pertinencia de los medicamentos ordenados por el galeno tratante, resultando inaplicable la causal invocada por la aseguradora, al no cumplirse las condiciones enunciadas en el anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012 para su aplicación, teniendo en cuenta que entidad aseguradora objetó la factura sin realizar la respectiva auditoria integral de la que habla el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, limitándose solo a relacionar negativas sin haber efectuado la respectiva validación y análisis de la documentación aportada en la reclamación, conforme lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio.

Así mismo, la entidad accionada objetó parcialmente la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, por PERTINENCIA/PROCEDIMIENTOS O ACTIVIDAD por (DESTRIBAMIENTOS POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS MÁS DEL 5% DEL AREA CORPORAL), (SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTIA QUIRURGICA GRUPO 7) y (SERVICIOS PROFESIONALES DE ANESTESIOLOGO GRUPO 7) a criterio de la demandada **"por encontrarse incluido en el colgajo realizado"**. En ese orden de ideas, la entidad aseguradora expone que el procedimiento quirúrgico de DESBRIDAMIENTOS POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS MÁS DEL 5% DEL AREA CORPORAL con código 15103, los servicios de AYUDANTÍA QUIRÚRGICA y los servicios PROFESIONALES DE ANESTESIOLOGO GRUPO 7, se encuentran incluidos en el procedimiento quirúrgico de COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTANEO Y FASCIOCUTANEO con código 15142.

Ante la postura adoptada por la entidad, es necesario enunciar que el artículo 1° del Decreto 2423 de 1996 o bien conocido como MANUAL TARIFARIO SOAT, determina que los costos de los servicios en salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito amparadas con la POLIZA SOAT, deben ser facturados de manera OBLIGATORIA en sujeción a las tarifas determinadas en el citado decreto, así: ***“ARTÍCULO 1. CAMPO DE APLICACION. < Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 887 de 2001. El presente Decreto será de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública. Las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.*** (subrayado fuera de texto). Es así como, para el caso concreto, el citado decreto establece en el artículo 17 Y 48° la siguiente nomenclatura y clasificación para los procedimientos quirúrgicos practicados al paciente:

- Artículo 17. Numeral. 1° “AREA GENERAL” en el aparte de COLGAJOS el código 15142 pertenece al procedimiento quirúrgico de COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTÁNEO Y FASCIOCUTÁNEO, con grupo quirúrgico 13.
- Artículo 17. Numeral. 1° “AREA GENERAL” en el aparte de INCISIONES Y EXTIRPACIONES DE LESION EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO el código 15103 pertenece al procedimiento quirúrgico de Desbridamiento por lesión de tejidos profundos, más del 5% área corporal, con grupo quirúrgico 7.
- Artículo 48. Numeral. 2° “AREA GENERAL” en el aparte de los Servicios profesionales del anestesiólogo el código 39105 pertenece al Grupo 07.
- Artículo 48. Numeral. 3° “AREA GENERAL” en el aparte del SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA el código 39118 pertenece al Grupo 07.

En este orden de ideas, la objeción realizada por la entidad aseguradora resulta infundada al afirmar que el procedimiento se encuentra incluido en otro, cuando el MANUAL TARIFARIO SOAT claramente establece que los mismo cuentan con código de procedimiento quirúrgico distinto y por tanto se facturan de manera individual. por tanto, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

5. **FACTURA FC20815:** Que del día 02/06/2017 al 02/06/2017 FABISALUD IPS S.A.S prestó atención en salud por valor de \$ 637.070 a el señor JESUS ALBERTO CASSO FINDO quien ingresó en contexto de ACCIDENTE DE TRÁNSITO amparada por la póliza SOAT expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Posteriormente, el día 04 de septiembre de 2017 FABISALUD IPS S.A.S en razón al servicio prestado, presentó a la compañía aseguradora reclamación formal con los requisitos enumerados en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015.

En dicho sentido, la entidad accionada objetó el día 20/10/2017 la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, aduciendo como causal de la objeción “QUE EL VEHICULO AMAPARADO CON LA POLIZA NO ESTUVO INVOLUCRADO, QUE EL CASO DE LA REFERENCIA HACE PARTE DE UNA POLIZA PRESTADA”. En ese orden de ideas, la aseguradora aplica la causal de devolución 489 del anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012, que indica textualmente lo siguiente: “849. Factura no cumple. Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales”, es decir, que como la norma lo indica esta causal se ha diseñado cuando la factura adolece de un anexo que es exigido como requisito legal para presentar la reclamación ante la entidad competente, por lo cual corresponde a una objeción ilegal y arbitraria, debido a que le dan un alcance distinto al que se encuentra inmerso en la manera taxativa en la norma ibidem, desnaturalizando el sentido normativo de la taxatividad en las devoluciones.

Es así como FABISALUD IPS S.A.S dio respuesta a la objeción generada por la aseguradora indicando que la versión de los hechos del accidente de tránsito transcrita tanto en la historia clínica como en el FURIPS atienden a la información suministrada por el paciente, es decir, que mi representada como IPS no tiene labores de investigación pues con base en el principio constitucional y legal de la buena fe asume que la información y los documentos brindados por las personas corresponde a la realidad, esto se ve reflejado en el artículo 83 de la Carta Magna, por tanto, FABISALUD IPS S.A.S tiene como única responsabilidad legal la de corroborar el motivo de ingreso con las patologías que el paciente presenta, donde el

profesional de la salud con base en la entrevista realizada a este, las impresiones diagnósticas, el examen físico y las condiciones de ingreso, determina y certifica la ocurrencia del siniestro, conforme lo establece el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, certificación que se encuentra inmersa en la Historia clínica. por tanto, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

6. **FACTURA FC15102:** Que del día 10/01/2017 al 19/01/2017 FABISALUD IPS S.A.S prestó atención en salud por valor de \$19.004.632 del señor OSCAR EDUARDO RAMOS RAMOS quien ingresó en contexto de ACCIDENTE DE TRÁNSITO amparada por la póliza SOAT expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Posteriormente, 02 de agosto de 2017 FABISALUD IPS S.A.S en razón al servicio prestado, presentó a la compañía aseguradora reclamación formal con los requisitos enumerados en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015. Así, la entidad aseguradora reconoció \$18.863.935 quedando un saldo pendiente de pago de \$140.697.

El día 29/08/2017 la entidad demanda objetó parcialmente la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, por FACTURACION/ MATERIALES de NOVOSYN 1 “POLI-GLICOLIDA-CO-LACTIDA a criterio de la demandada "por encontrarse incluido en el material quirúrgico”. En ese orden de ideas, la entidad aseguradora expone que el material utilizado en el procedimiento quirúrgico se encuentra incluido en el paquete quirúrgico.

Ante la postura adoptada por la entidad, es necesario enunciar que el artículo 1° del Decreto 2423 de 1996 o bien conocido como MANUAL TARIFARIO SOAT, determina que los costos de los servicios en salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito amparadas con la POLIZA SOAT, deben ser facturados de manera OBLIGATORIA en sujeción a las tarifas determinadas en el citado decreto, así: *“ARTÍCULO 1. CAMPO DE APLICACION. < Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 887 de 2001. El presente Decreto será de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública. Las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.* (subrayado fuera de texto). Es así como, para el caso concreto, en respuesta brindada por FABISALUD IPS S.A.S se informó a la compañía aseguradora que el material objeto de glosa no hace parte del paquete quirúrgico, teniendo en cuenta que no se encuentra incluido en los determinados en el artículo 57° de la norma en comento.

En este orden de ideas, la objeción realizada por la entidad aseguradora resulta infundada al afirmar que el material se encuentra incluido en el paquete quirúrgico, cuando el MANUAL TARIFARIO SOAT claramente establece que los mismo no se encuentran incluidos y por tanto se facturan de manera individual. Por ello, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

7. **FACTURA FC16735:** Que del día el día 25/04/2017 al 25/04/2017 FABISALUD IPS S.A.S prestó atención en salud por valor de \$932.303 el señor JOSE ELMER GARCIA CASTAÑEDA quien ingresó en contexto de ACCIDENTE DE TRÁNSITO amparada por la póliza SOAT expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Posteriormente, el día 02 de agosto de 2017 FABISALUD IPS S.A.S en razón al servicio prestado, presentó a la compañía aseguradora reclamación formal con los

requisitos enumerados en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015. Así, la entidad aseguradora reconoció \$412.769, quedando un saldo pendiente de pago de \$457.644.

En dicho sentido, la entidad accionada el día 01/09/2017 objetó de manera parcial la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, aduciendo como una de las causales de objeción: PERTINENCIA/AYUDAS DIAGNOSTICAS de (TAC DE CRANEO SIMPLE) por *“no pertinentes para descartar lesiones ocasionadas en el accidente de tránsito, sin deterioro neurológico, pérdida del conocimiento, ni cefalea intensa”*. En ese orden de ideas, la aseguradora aplica la causal de glosa 6 08 del anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012, que indica textualmente lo siguiente: *“608. Ayudas diagnósticas. Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.”*, es decir, que como la norma lo indica, esta causal se ha diseñado exclusivamente cuando la ayuda diagnóstica practicada no tiene relación con las patologías de ingreso del paciente, en otras palabras, que no existe coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas por el galeno.

Es así como, la justificación de la causal invocada por la entidad accionada corresponde a una objeción inmotivada y carente de estudio clínico previo, toda vez que, la compañía aseguradora se limita a enunciar supuesta *“no pertinencia de las ayudas diagnosticas”*, sin realizar la respectiva auditoria integral a la factura y sus anexos como la historia clínica de la que habla el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016. Lo anterior, teniendo en cuenta que, de la simple lectura de la historia clínica que es el documento idóneo que registra cronológicamente la atención en salud del paciente según la Resolución 1995 de 1999, aportada a la entidad accionada con la reclamación, se evidencia que las ayudas diagnosticas practicadas fueron indicadas por el médico tratante en consecuencia de los politraumatismos sufridos por el paciente en el accidente de tránsito, teniendo en cuenta la condición clínica de ingreso descrita en la historia clínica del paciente: *“PACIENTE QUIEN INGRESA AL SERVICIO TRIADO POR PERSONAL PARAMEDICO SEGUN REFEIRO POR ACCIDENTE DE TRANASITO COMENTA EL PACIENTE QUE EN EL MISMO PRESENTA TRAUMA CRANEO ENCEFALICO SIN PERDIAD DE CONNMICENTO DOLOR EN REGION CERVICAL EN MANO DERECH Y ANTEBRAZO IZUQUIERDO AL IGUAL QUE DOLOR INTENSO EN RODILLA IZUQUIERDA DONDE CURSA CON EDEMA LIMITACION FUNCIONAL MARCADA NIEGA OTRA SINTOAMOTLOGIA O TIPO DE TRAUMA”* por lo cual, resulta claro que el paciente contaba con hallazgos clínicos evidentes que justificaban el empleo de las ayudas diagnosticas practicadas a criterio del galeno. Resultando inaplicable la causal invocada por la aseguradora, al no cumplirse las condiciones enunciadas en el anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012 para su aplicación. En razón a los argumentos expuestos, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

De la misma forma, la entidad demandada objeta la reclamación por SOPORTES / MATERIALES de CATETER INTRAVENOSO/EQUIPO DE EXTENSION a criterio de la compañía aseguradora *“sin justificación de su uso de acuerdo con el tiempo de estancia, tratamiento recibido y soportes aportados”*. En ese orden de ideas, la aseguradora aplica la causal de glosa 606 del anexo técnico Numero 6° de la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012, que indica textualmente lo siguiente: *“606. Materiales. Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro”*.

Es así como, la justificación de la causal invocada por la entidad accionada corresponde a una objeción inmotivada y carente de estudio clínico previo, toda vez que, conforme se verifica en las notas de enfermería inmersas en la historia clínica del paciente, relacionan: *“INGRESA PACIENTE A SALA DE URGENCIAS CONCIENTE DESPIERTO ORIENTADO EN T.L.P TRAI DO EN CAMILLA POR PARAMEDICOS, POR PRESENTAR ACCIDENTE DE TRANSITO, OCACIONANDOLE, TRAUMA EN OCCIPITAL + LACERACION EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, + TRAUMA EN DEDO N 1 + TRAUMA EM M.I.I. CON LACERACION EN RODILA, SE OBSERVA PACIENTE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE LE REALIZA CURACION CON S.S.N AL 0.9% + CLORHEXIDINA SOLUCION Y ESPUMA, + GASA ESTERIL, SE DEJA LACERACION CUBIERTA CON GASA ESTERIL + MICROPORE, PACIENTE VALORADO POR EL MEDICO DE TURNO, QUIEN TAMBIEN ORDENA ADMINISTRAR TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, SE ADMINISTRA. 1 AMPOLLA DE DICLOFENACO X 75 MG IM EN GLUTEO DERECHO, 1 AMPOLLA DE TRAMADOL X 100 MG IM EN DELTOIDE DERECHO, SE CANALIZA PACIENTE CON CATETER N 18 EN M.S.D. CON S.S.N AL 0.9% + DIPIRONA X 2 GR E.V SE EXPLICA PROCEDIMIENTO, PACIENTE NIEGA ALERGIAS, SE REALIZA PREVIA SEPSIA Y ANTISEPSIA DE LA ZONA DE PUNCION”*, por lo cual, resulta claro que el paciente contaba con hallazgos clínicos evidentes que justificaban el empleo de los materiales clínicos utilizados a criterio del médico tratante para el correcto suministro de los medicamentos prescritos, y movilidad del paciente . Resultando inaplicable la causal invocada por la aseguradora, al no cumplirse las condiciones enunciadas en el anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012 para su aplicación. En razón a los argumentos expuestos, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

8. **FACTURA FC5647:** Que el día 13/12/2016 al 13/12/2016 se prestó atención en después de \$1.081.625 a la señora CLAUDIA PATRICIA AGUADO GONZALEZ víctima de accidente de tránsito amparado por la póliza SOAT expedida por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, según consta en los soportes adjuntos a la factura de venta, posteriormente, posteriormente, el día 16 de enero de 2017 FABISALUD IPS S.A.S presentó reclamación formal por el servicio prestado, con los requisitos enumerados en el artículo 26 del Decreto 056 de 2015, cumpliendo así con los documentos necesarios para la presentación de la factura a la aseguradora, en atención a las normas especiales que regulan el pago de servicios en salud. La entidad aseguradora reconoció \$ 213.625 quedando un saldo pendiente de pago de \$ 868.000.

En dicho sentido, la entidad accionada el día 24/02/2017 objetó la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, aduciendo como una de las causales de objeción: PERTINENCIA/AYUDAS DIAGNOSTICAS de (EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES) por *“no hay examen físico e imagen previa”*. En ese orden de ideas, la aseguradora aplica la causal de glosa 6 08 del anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012, que indica textualmente lo siguiente: *“608. Ayudas diagnósticas. Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.”*, es decir, que como la norma lo indica, esta causal se ha diseñado exclusivamente cuando la ayuda diagnóstica practicada no tiene relación con las patologías de ingreso del paciente, en otras palabras, que no existe coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas por el galeno.

Es así como, la justificación de la causal invocada por la entidad accionada corresponde a una objeción inmotivada y carente de estudio clínico previo, toda vez que, la compañía aseguradora se limita a enunciar supuesta “no pertinencia de las ayudas diagnosticas”, sin realizar la respectiva auditoria integral a la factura y sus anexos como la historia clínica de la que habla el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016. Lo anterior, teniendo en cuenta que, de la simple lectura de la historia clínica que es el documento idóneo que registra cronológicamente la atención en salud del paciente según la Resolución 1995 de 1999, aportada a la entidad accionada con la reclamación, se evidencia que las ayudas diagnosticas practicadas fueron indicadas por el médico tratante en consecuencia de los politraumatismos sufridos por el paciente en el accidente de tránsito, teniendo en cuenta la condición clínica de ingreso descrita en la historia clínica del paciente: “PACIENTE QUIEN ES TRAÍDA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PERSONAL PARAMÉDICO POR HABER PRESENTADO ACCIDENTE DE TRÁNSITO CON TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES DE PREDOMINIO EN RODILLAS Y TOBILLO DERECHO EN DONDE PRESENTA LEVE ESCORIACIÓN, NO REFIERE HABER PRESENTADO TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO, EN EL MOMENTO REFIRIENDO DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD”. AL INGRESO PACIENTE CON CUELLO CERVICAL GLASGOW 15/15.” y el EXAMEN FISICO/MENTAL de los sistemas:

- EXTREMIDADES con valoración ANORMAL con hallazgo de: “DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE RODILLA DERECHA Y PALPACIÓN DE ROTULA, NO HAY SIGNOS DE INESTABILIDAD. EN RODILLA IZQUIERDA CON LEVE LIMITACIÓN A LA MOVILIZACIÓN. TOBILLOS NORMALES. RESTO DE AMAS CONSERVADOS, PULSOS DE ADECUADA INTENSIDAD”

Es decir, con base en el examen físico y las impresiones diagnosticas realizadas al paciente, el médico tratante ordena la práctica de las ayudas diagnosticas aquí controvertidas, por lo cual, resulta claro que el paciente contaba con hallazgos clínicos evidentes que justificaban el empleo de las ayudas diagnosticas practicadas a criterio del galeno. Siendo entonces contradictorio y desproporcionado objetar la factura por supuesta necesidad de RAYOS X, toda vez que del documento clínico del paciente se extrae la relación que existe entre la condición clínica de ingreso del paciente y la necesidad de la ayuda diagnostica practicada como requisito esencial para su pertinencia. Resultando inaplicable la causal invocada por la aseguradora, al no cumplirse las condiciones enunciadas en el anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012 para su aplicación, puesto que el mismo no consagra la necesidad de emplear ayudas diagnosticas prevalentes sobre otra, por cuanto, dicha facultad atiende exclusivamente al criterio del galeno tratante, quien a razón de la entrevista realizada al paciente, las impresiones diagnósticas, el examen físico y las condiciones de ingreso, determinó la necesidad de la tecnología a usar, en ejercicio de la autorregulación y la prohibición de exámenes innecesarios consagrada en el Parágrafo del artículo 10° de la Ley 23 de 1981. En razón a los argumentos expuestos, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

Respecto a la objeción por PERTINENCIA/ESTANCIAS de HABITACION DE CUATRO O MAS CAMAS por “*paciente en espera de imágenes diagnosticas*”. En ese orden de ideas, la justificación de la causal invocada por la entidad accionada corresponde a una objeción infundada y carente de apoyo normativo, toda vez que, el artículo 1 del Decreto 887 de 2001 que modifico el artículo 1 del Decreto 2423 de 1996, determina que los servicios en salud

prestados a las víctimas de accidente de tránsito amparadas por la póliza SOAT se deben de facturar de acuerdo con los valores establecidos el manual de tarifas SOAT.

Es así como, para el caso concreto, artículo 47° del Decreto 2423 de 1996 (vigente a la fecha), en el aparte de “ESTANCIAS” Numeral 9° “URGENCIAS”: “Cuando la permanencia en la sala de observación de urgencias sea inferior a seis(6) horas se reconocerán los valores señalados en el numeral 9. del presente Artículo. Cuando supere las 6 horas se reconocerán los valores señalados en el presente Artículo, para habitación de 4 ó más camas, según el nivel de la Institución Prestadora del Servicio de Salud; es decir, se tomarán en cuenta los códigos (38114-38124-38134).” (resaltado y subrayado fuera del texto original), siendo esta para INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL la tarifa a pagar es de \$203.100. Lo anterior, teniendo en cuenta que, de la simple lectura de la historia clínica que es el documento idóneo que registra cronológicamente la atención en salud del paciente según la Resolución 1995 de 1999, aportada a la entidad accionada con la reclamación, se evidencia que a paciente ingresó al servicio de urgencias el día 13/12/2016 a las 11:44 am y egresó 13/12/2016 a las 9:50 pm, es decir, el paciente estuvo aproximadamente en observación por DIEZ HORAS Y 6 MINUTOS (10.06 HORAS), por lo cual resulta justificable la facturación presentada a la luz de lo dispuesto en el citado decreto. En razón a los argumentos expuestos, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento legal, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses de la factura.

En este orden de ideas, la entidad accionada objetó la reclamación según registro de FABISALUD IPS S.A.S, por PERTINENCIA/MEDICAMENTOS “ARNICA Y CALENDULA (EQUIMOSYN) 500G CREMA” a criterio de la demandada *“sin registro Invima”*. En ese orden de ideas, la aseguradora aplica la causal de devolución 332 del anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012, que indica textualmente lo siguiente: “332. *Detalle de cargos. Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados. 2. Se anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.*”, Por ello, resulta desmedido que la entidad aseguradora objete la reclamación alegando que el medicamento prescrito por el galeno tratante *“no contaba con registro Invima”* cuando de la simple consulta en la página del INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENOS Y ALIMENTOS – INVIMA se desprende que, el medicamento formulado a la paciente en la atención en salud prestada en el año 2016 contaba con Registro Sanitario NS2009CO33101, con fecha de vencimiento para el día 2019/06/01, por tanto, el medicamento de ARNICA Y CALENDULA (EQUIMOSYN) 500G CREMA prescrito al paciente, contaba con REGISTRO INVIMA vigente, ya que su vencimiento se produjo con posterioridad a la atención en salud como se evidencia en la CONSULTA DE DATOS DEL PRODUCTOS relacionada continuación:

**invima**  
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

**CONSULTA DATOS DE PRODUCTOS**

Registro  Clasificación ATC

Grupo: COSMETICOS Producto: NSC2009CO33101

Por nombre del Producto  Por Registro Sanitario  Por Principio Activo Expediente:   
 Por Marca de Producto  Por Titular  Por Importador  Por Fabricante  
 Por Importador Paralelo  Por Importador Autorizado

Puede ingresar parte del número del registro sanitario

Por favor, introduzca la palabra que se muestra a continuación:

**b4edg**

Para ver información detallada del producto, haga click en el número de expediente.

Su búsqueda enlistó 1 registros para el grupo COSMETICOS Fecha/Hora sistema: 2024/10/08 14:27

Expediente Sanitario	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Fecha Vencimiento	FABR
20007011	CREMA A BASE DE ÁRNICA Y CALÉNDULA	NSC2009CO33101	Vencido	2019/06/01	FABR

En consecuencia, es claro que el paciente ingresó en un contexto de accidente de tránsito politraumatizado, con hallazgos en el examen físico que soporta la pertinencia de los medicamentos ordenados por el galeno tratante, mismos que a la fecha de formulación contaban con REGISTRO INVIMA, resultando inaplicable la causal invocada por la aseguradora, al no cumplirse las condiciones enunciadas en el anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012 para su aplicación, teniendo en cuenta que entidad aseguradora objetó la factura sin realizar la respectiva auditoria integral de la que habla el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, limitándose solo a relacionar negativas sin haber efectuado la respectiva validación y análisis de la documentación aportada en la reclamación, conforme lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio. En razón a los argumentos expuestos, queda por sentado que las objeciones presentadas por la compañía aseguradora carecen de fundamento, no quedando otro camino más que el de levantarlas y condenar a la aseguradora al pago con los respectivos intereses que en derecho correspondan.

**SEPTIMO.** - Conforme se ha expuesto a lo largo del presente escrito, el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016 determinó el termino prudencial de (2) meses con el que cuenta la entidad aseguradora para realizar auditoria integral a las facturas presentadas para su cobro, y formular las objeciones pertinentes, de forma seria y fundada, en sujeción a los códigos de glosas o devoluciones determinados en el anexo técnico Numero 6° Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012 y la prohibición de presentar objeciones infundadas conforme lo determina el Numeral 2.3.3. de la Circular externa 015 del año 2016.

En este orden de ideas, las objeciones que la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** formuló a las reclamaciones que se ponen en conocimiento del Juez en el presente hecho, fueron notificadas a mi representada de forma extemporánea, las cuales fueron rechazadas con vehemencia por mi prohijada, justificando la pertinencia de las atenciones brindadas, de acuerdo con el análisis de los auditores médicos quienes desde una perspectiva médica y en apego a los soportes clínicos anexos con la reclamación, expusieron la pertinencia de los procedimientos, exámenes y tecnologías en salud suministrados en el área de urgencias; por lo anterior, no le es posible a la entidad aseguradora negar el pago de facturas que no fueron oportunamente objetadas en el término dispuesto en el citado decreto, sentido el deber de la entidad aseguradora garantizar las

obligaciones en ellas incorporadas al haberse aceptado de forma tácita e irrevocablemente las siguientes facturas:

FACTURA	FECHA DE RADICACIÓN	FECHA LIMITE PARA RESPONDER	FECHA DE NOTIFICACIÓN A OBJECCIÓN	TIEMPO DE EXTEMPORANEIDAD	SALDO
FC6039	16/01/2017	16/03/2017	17/03/2017	1	\$ 38,800
FC2965	13/12/2016	13/02/2017	24/02/2017	11	\$1.525.422
FC5662	16/01/2017	16/03/2017	05/04/2017	20	\$ 4,072,739
FC1830	13/12/2016	13/02/2017	27/03/2017	42	\$ 18,391,460
FC6162	16/01/2017	16/03/2017	06/06/2017	82	\$ 45,300
FC4266	16/01/2017	16/03/2017	06/06/2017	82	\$ 3,674,384
FC1058	16/01/2017	16/03/2017	06/06/2017	82	\$ 15,406,502
FC666	01/11/2016	01/01/2017	06/09/2017	248	\$ 2,500,412
FC24234	04/09/2017	04/11/2017	10/08/2018	279	\$ 369,575
FC6258	24/01/2017	24/03/2017	31/12/2018	647	\$ 790,600
FC13002	04/09/2017	04/11/2017	10/03/2021	1222	\$ 582,800
FC15484	04/09/2017	04/11/2017	10/03/2021	1222	\$ 48,400
FC15588	04/09/2017	04/11/2017	10/03/2021	1222	\$ 42,500
FC12929	02/08/2017	02/10/2017	08/04/2022	1649	\$ 692,458
FC20567	02/08/2017	02/10/2017	08/04/2022	1649	\$ 1,749,166
<b>TOTAL</b>					<b>\$49.930.518</b>

Así las cosas, se reitera que a pesar de la oposición y rechazo formulado a las objeciones extemporáneas en las respuestas y aclaraciones proporcionadas por FABISALUD IPS S.A.S, la persistencia de la **SEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** en ratificar las objeciones extemporáneas, ha generado un conflicto que hoy conllevan a la presentación de la demanda ante la jurisdicción ordinaria.

**OCTAVO.** – FABISALUD IPS S.A.S presentó sobre las facturas relacionadas a continuación, reclamación formal por los servicios en salud prestados a los asegurados de la **COMPAÑÍA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** durante las vigencias de 2016 y 2017 sin que esta se pronunciara en el término perentorio de (2) meses dispuesto en el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016 o con posterioridad a este sobre la imposición de glosas o devolución, por tanto, resulta apilable la consecuencia jurídica de “*aceptación de la factura de venta*” consagrada en el artículo 2.5.3.4.4.3 del Decreto 780 de 2015, comportándose una aceptación de forma tácita e irrevocable las siguientes facturas:

FACTURA	FECHA DE RADICACIÓN	SALDO
FC21067	02/10/2017	\$1.844.725
FC21920	02/10/2017	\$1.796.172
FC17450	04/09/2017	\$1.676.782

**TOTAL**

**\$5.317.679**

**NOVENO.** - A la fecha de presentación del presente escrito, no se ha podido obtener el reconocimiento y pago total de las facturas radicadas oportunamente por la prestación de servicios en salud a las víctimas de accidente de tránsito con cargo al SOAT durante el año 2016 y 2017, ya que la compañía **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** ratifican las objeciones de forma infundada y fuera del término legal. Teniendo los siguientes saldos pendientes para su pago:

<b>N.º FACTURAS</b>	<b>MOTIVO</b>	<b>SALDO</b>
44	Objeciones infundadas. (hecho sexto)	\$53.049.746
15	Notificación objeción de forma extemporánea. (hecho séptimo)	\$49.930.518
3	No formulación de objeción. (hecho octavo)	\$ 5.317.679
<b>62</b>	<b>TOTAL, GENERAL</b>	<b>\$ 108.297.943</b>

**DECIMO.** - Para el presente caso, de conformidad a lo estipulado en el parágrafo 1 del artículo 590 del Código General del Proceso, se acude directamente al juez sin necesidad de agotar el requisito de procedibilidad de la conciliación prejudicial, por cuanto, se solicitará en escrito individual la práctica de medidas cautelares.

#### **IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

##### **1. FUNDAMENTOS LEGALES.**

Invoco como fundamentos de derecho: Ley 100 de 1993. Decreto 056 de 2015, artículos 2.6.1.4.1.1. y sub. del Decreto 780 del 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud), Artículo 1077, 1080 del Código de Comercio. Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 4331 de 2012. Numeral 2.3.3. de la Circular externa 015 del año 2016 y demás normas concordantes.

Las relaciones surgidas con ocasión de la prestación de servicios de salud en atención de urgencias y las posteriores a urgencias entre las IPS y las aseguradoras en salud como la compañía **SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, se encuentran reglamentadas por las normas previamente citadas, en los términos que a continuación se señalan:

##### **A. EN MATERIA DE ATENCIÓN DE URGENCIAS.**

**Ley 100 de 1993, Artículo 168 estipula:**

**“ARTÍCULO 168. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.”** Negrita y subraya fuera de texto.

La Resolución número 5261 de 1994 por su parte, en su artículo 10 determina que:

*“ARTICULO 10. ATENCION DE URGENCIAS. La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no asegurados al sistema. **Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión,** como tampoco el pago de cuotas moderadoras. **La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T.** En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.”* Negrita y subraya fuera de texto.

El artículo 67 de la Ley 715 de 2001, dispone que:

*“ARTÍCULO 67. ATENCIÓN DE URGENCIAS. **La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa** y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro.”* Negrita y subraya fuera de texto.

EL artículo 14 de la Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de la Salud- dispuso lo siguiente:

*“ARTÍCULO 14. PROHIBICIÓN DE LA NEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. **Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.**”* Negrita y subraya fuera de texto.

Aunado a lo anterior, y con el fin de garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud originados en la atención de urgencias, el Decreto No. 780 del 2016 Reglamentario del Sector Salud, ha dispuesto lo siguiente:

*“ARTÍCULO 2.5.3.2.4. DE LAS RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES DE SALUD CON RESPECTO A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA. Las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo: **La entidad que haya prestado la atención de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.**”* Negrita y subraya fuera de texto.

Ahora bien, descendiendo al objeto de litis, tenemos que la norma ibidem en el artículo 2.6.1.4.3.12 estableció el término para resolver y pagar las reclamaciones por prestación de servicios brindadas por las IPS y las ESE a las víctimas de accidente de tránsito así:

*“Artículo 2.6.1.4.3.12. Término para resolver y pagar las reclamaciones. Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente Capítulo, se auditarán integralmente dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre de cada periodo de radicación, los cuales serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.*

*Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, el Ministerio de Salud y Protección Social comunicará la totalidad de ellas al reclamante, quien deberá subsanarlas u objetarlas, dentro de los dos (2) meses siguientes a la comunicación de su imposición. Si transcurrido dicho término no se recibe información por parte del reclamante, se entenderá que aceptó la glosa impuesta.*

*El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.*

*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 moratoria igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.”*

Conforme a la legislación citada, se concluye claramente que para el cobro de servicios de salud originados en atención de urgencias y las que se deriven de ellas, no se requiere acreditar la existencia de contrato, autorización u orden previa por parte del responsable del pago, como quiera que por mandato legal, es obligatorio para las IPS suministrar la atención de urgencias aún sin la existencia de contrato con el responsable del pago, hasta cuando el paciente pueda ser dado de alta (egreso) o remitido a otra IPS, así como es obligatorio para las entidades responsables del aseguramiento del paciente en virtud de la cobertura de las pólizas de seguro cuya afectación se pretende con la reclamación.

**B. EN CUANTO A LOS REQUISITOS FORMALES DE LAS FACTURAS DE VENTA DE SERVICIOS DE SALUD.** Los requisitos que deben reunir las facturas de salud están definidos por las siguientes normas:

El Decreto 046 de 2000, en su artículo 8 modificó el artículo 4 del Decreto 723 de 1.997, y dispuso:

*“ARTICULO 8o. Modifícase el artículo 4o. del Decreto 723 de 1997, el cual quedará así:  
"Artículo 4o. Pago a las instituciones prestadoras de servicios de salud y pago de objeciones. Las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza como entidades sujetas a lo previsto en el Decreto 723 de 1997, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades que administren planes adicionales, las entidades que administren recursos del seguro obligatorio de tránsito y las demás que administren recursos de la seguridad social, **deberán cancelar íntegramente la parte de las cuentas que no hubieran sido glosadas**, en los términos contractuales, como condición necesaria para que la institución prestadora de servicios de salud esté obligada a tramitar y dar alcance a las respectivas glosas formuladas de la cuenta, siempre que la factura cumpla con las normas establecidas por la Dirección de*

*Impuestos Nacionales. Se considera práctica no autorizada la devolución de una cuenta de cobro o factura de servicios sin el correspondiente pago de la parte no glosada, en los términos contractuales. La fecha de radicación de la factura debe corresponder a la fecha en la que esta se presentó por primera vez, ajustada a los requisitos formales antes mencionados, a partir de esta fecha correrán los términos establecidos en el Decreto 723 de 1997 para aceptar o glosar las facturas.” Subraya y negrilla fuera de texto.*

El artículo 617 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 40 de la ley 223 de 1.995, exige para la validez de las facturas desde el punto de vista tributario, que contenga:

*“ARTÍCULO 617. REQUISITOS DE LA FACTURA DE VENTA. Para efectos tributarios, la expedición de factura a que se refiere el artículo 615 consiste en entregar el original de la misma, con el lleno de los siguientes requisitos:*

- a) la denominación como factura de venta,*
- b) Apellidos y nombre o razón y número de identificación tributaria del vendedor o de quien presta el servicio;*
- c) Los apellidos y nombre o razón social del adquirente del servicio,*
- d) Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta,*
- e) Fecha de su expedición,*
- f) Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados, g) Valor total de la operación,*
- h) El nombre o razón social del impresor, e*
- i) Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas. Los requisitos de impresión previa se consideran cumplidos cuando el contribuyente utilice facturación por computador.”*

El anexo técnico No. 5 de la Resolución 3047 de 2008, emanada del Ministerio de la Protección Social, enumera los soportes que deben presentarse junto con las facturas a la EPS, a efectos de que esta proceda a revisarlas y determinar conforme a lo estipulado en el anexo No. 6, si hay lugar a glosa u objeción, por inconsistencia o ausencia de los soportes, entre otras causales, reparo u objeción que debe formularse a la IPS dentro del término de (2) meses.

### **C. EN CUANTO A LA FORMA DE PAGO DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS.**

La Ley establece que el SOAT debe cubrir todos los gastos necesarios para la atención y recuperación de las víctimas, subrayando la función del seguro como un mecanismo de protección integral en casos de siniestros viales. Las víctimas de accidentes de tránsito tienen derecho, según lo establecido en el artículo 2.6.1.4.2.1. del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Sector Salud y Protección Social, con cargo al SOAT, a que se le presten los servicios de salud, destinados a lograr la estabilización, tratamiento y rehabilitación de la víctima, entre los que se encuentra: “*La atención inicial de urgencias y atención de urgencias, suministro de los dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis*”, a saber:

#### **“DECRETO 780 DE 2016.**

**Artículo 2.6.1.4.2.1. Servicios de salud.** *Para efectos del presente Capítulo, los servicios de salud otorgados a las víctimas de accidente de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o de los eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, son los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud*

habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que esta traía. Los servicios de salud que deben ser brindados a las víctimas de que trata el presente Capítulo comprenden:

1. Atención inicial de urgencias y atención de urgencias.
2. Atenciones ambulatorias intramurales.
3. Atenciones con internación.
4. Suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.
5. Suministro de medicamentos.
6. Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.
7. Traslado asistencial de pacientes.
8. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.
9. Rehabilitación física.
10. Rehabilitación mental.

El traslado asistencial de pacientes entre las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud se pagará con cargo a los recursos del SOAT o de la Subcuenta ECAT del Fosyga, al valor establecido por el Gobierno nacional. Hasta tanto se expida la reglamentación correspondiente, se pagará a la tarifa institucional del Prestador de Servicios de Salud.

*PARÁGRAFO 1º. El prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), a través de la respectiva entidad territorial en donde se encuentra habilitado y presta los servicios.*

*PARÁGRAFO 2º. Todo servicio de salud deberá ser atendido por prestadores de servicios de salud habilitados por la autoridad competente, en el lugar en que se preste el servicio y solo podrá prestarse en la jurisdicción en la que se encuentre habilitado por el ente territorial competente.*

*PARÁGRAFO 3º. Cuando la institución prestadora de servicios de salud no cuente con el grado de complejidad del servicio requerido por la víctima, deberá remitirla a través de los procedimientos de referencia y contrarreferencia, a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana y habilitada para prestar el servicio requerido.”*

Ahora bien, es importante mencionar que todas las entidades prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, como lo es mi representada **FABISALUD IPS S.A.S**, están en la obligación de prestar la atención inicial de urgencias o atención de urgencias, y las posteriores que requieran las víctimas de accidentes de tránsito, obligación que se traduce en la legitimación de la IPS para reclamar ante el ADRES, la Compañía de Seguros y la EPS según la cobertura, el reconocimiento y pago de los servicios de salud por la atención de urgencias y emergencias prestados a víctimas de accidente de tránsito aseguradas o beneficiarias, así:

**Decreto 780 de 2016. Artículo 2.6.1.4.2.2. Legitimación para reclamar. Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente Capítulo, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.** (negrilla y subraya fuera del texto).

El Estado y/o las Compañías Aseguradoras SOAT debe garantizarles a todos los habitantes en el primer caso y/o a sus asegurados o beneficiarios en el segundo, la atención inicial de urgencias o atención de urgencias cuando sean víctimas de accidentes de tránsito, por ende, ninguna institución prestadora de servicios de salud (IPS) puede negarse a suministrarla, en virtud de la obligación impuesta en la norma ibidem, la cual legitima a las IPS o ESE a efectuar la debida reclamación por las atenciones en salud brindadas a las víctimas en los términos estipulados en las normas que rigen la materia.

Siguiendo con los fundamentos de derecho que legitima a mi representada para cobrar los servicios de salud brindados a las víctimas de accidentes de tránsito en calidad de asegurados y/o beneficiarios del Seguro SOAT, con ocasión de accidentes de tránsito, para nuestro caso el cobro realizado por medio de facturas a la Compañía de Seguros **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, por la prestación de servicios en salud por la vigencia 2016 y 2017, es preciso indicar que dichas reclamaciones han sido objctadas por la demandada sin fundamento válido, pues con la sola Epicrisis e Historia Clínica presentadas como documento soporte de las facturas, se logra probar que el asegurado y/o beneficiario del seguro SOAT ingresó por el servicio de urgencias y en virtud de la contingencia y de nuestra obligación de prestar dichos servicios de salud, se desplegaron todas las acciones asistenciales con el fin de estabilizar al paciente, realizar un diagnóstico y definir el destino de atención y procurar su recuperación, rehabilitación o disminuir el riesgo que comprometía su integridad y su vida.

Al respecto, tenemos que el Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.4.3.12 estableció el término para pagar las reclamaciones por prestación de servicios brindadas por las IPS y las ESE a las víctimas de accidente de tránsito así:

*“Artículo 2.6.1.4.3.12. Término para resolver y pagar las reclamaciones. Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente Capítulo, se auditarán integralmente dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre de cada periodo de radicación, los cuales serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.*

*Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, el Ministerio de Salud y Protección Social comunicará la totalidad de ellas al reclamante, quien deberá subsanarlas u objetarlas, dentro de los dos (2) meses siguientes a la comunicación de su imposición. Si transcurrido dicho término no se recibe información por parte del reclamante, se entenderá que aceptó la glosa impuesta.*

*El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.*

*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 moratoria igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.*” Negrita y subraya fuera de texto

Para el caso de objeciones presentadas de forma extemporánea, se tiene que la aseguradora contaba con un término específico para objetar las reclamaciones radicadas por mi representada, el cual a la

luz de la norma ibidem es de **un (2) mes** a partir del conocimiento de la reclamación (es decir desde el momento en que FABISALUD IPS SAS radicó la factura de servicios) y superado dicho término cualquier objeción a la reclamación es claramente extemporánea conforme al término establecido por la norma en cita.

Así pues, se sustenta el fundamento fáctico y legal de las pretensiones, probándose que las objeciones formuladas por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA relacionadas en el hecho séptimo, fueron notificadas a mi representada de forma extemporánea conforme a los términos establecidos en el artículo 2.6.1.4.3.12. del Decreto 780 de 2016.

Finalmente, se pone de presente que, conforme a lo establecido en el artículo 2.6.1.4.3.106 del Decreto 780 de 2016, a las aseguradoras les corresponde verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de beneficiario, la cuantía, la presentación en término y que la misma no haya sido reconocida con anterioridad, quedándoles prohibido solicitar documentos adicionales a los establecidos para tramitar y pagar los servicios de salud, indemnizaciones y gastos.

*“Decreto 780 de 2016. Artículo. 2.6.1.4.3.4. Prohibición de solicitud de documentos adicionales. Ni el Fosyga, ni las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT podrán solicitar a los reclamantes documentos adicionales a los establecidos en el presente Capítulo ni en la resolución que emita el Ministerio de Salud y Protección Social para tramitar y pagar los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo.*

Las objeciones extemporáneas que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** formuló a las reclamaciones que se ponen en conocimiento del Juez, las cuales fueron rechazadas con vehemencia por mi representada en su contestación y justificó la pertinencia de las atenciones brindadas, de acuerdo con el análisis de los auditores médicos los cuales justificaron desde una perspectiva médica el motivo y pertinencia de los procedimientos, exámenes y tecnologías en salud suministrados en el área de urgencias; por lo anterior, se encuentran fundamentadas por auditoría médica una a una las facturas objetadas y que hoy son motivo de la presentación de la presente demanda. De la misma forma, las objeciones presentadas en el término de (2) meses establecido el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016 por parte de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** y que se ponen en conocimiento del Juez, fueron rechazadas con vehemencia por mi representada en la respuesta a la glosa o la devolución, justificando la pertinencia de las atenciones brindadas, de acuerdo con el análisis de los auditores médicos, los cuales argumentaron desde una perspectiva médica en observancia a los soportes asistenciales, el motivo y pertinencia de los procedimientos, exámenes y tecnologías en salud suministrados en el área de urgencias.

En este orden de ideas, atendiendo al principio de buena fe y, a **la prohibición de presentar objeciones infundadas** establecida en el Numeral 2.3.3. de la Circular externa 015 del año 2016 las compañías aseguradoras deben: *“Abstenerse de incurrir en conductas tendientes a dilatar injustificadamente el pago de las reclamaciones presentadas por los PSS, relacionadas con la atención en salud brindada a las víctimas de accidente de tránsito so pena de verse abocadas a las sanciones de carácter pecuniario establecidas en la normatividad aplicable”*. Ergo a las compañías aseguradoras les comporta la obligación de presentar objeciones de forma seria y fundada, exponiendo manera suficiente los motivos que comportan la negativa al pago en virtud de la auditoría integral realizada a las facturas en conjunto con sus anexos.

**D. SOBRE EL INTERES MORATORIO POR EL NO PAGO DE LOS SERVICIOS EN SALUD PRESTADOS CON CARGO AL SOAT.**

El Decreto 780 de 2016 y el Decreto 663 de 1993 regulan detalladamente el procedimiento para el cobro de los servicios de salud prestados bajo el SOAT. Estos decretos establecen que las facturas y reclamaciones deben ser pagadas dentro de un plazo específico tras su presentación. En el caso de FABISALUD IPS SAS, la falta de pago de las facturas recibidas por **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** representan una violación de estas normas. El Decreto 780 de 2016, por ejemplo, exige que las reclamaciones sean resueltas en un plazo no mayor a un mes, y cualquier retraso en el pago debe ser compensado con intereses moratorios, como se detalla en su artículo 2.6.1.4.3.12, el cual es reclamado en la presente:

**“ARTÍCULO 2.6.1.4.3.12. Término para resolver y pagar las reclamaciones. (...)**

**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 moratoria igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad”** (negrita y subraya propia)

Así las cosas, el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016 y la jurisprudencia Colombiana, establece claramente que el no pago dentro de los plazos dispuestos a causa de glosas infundadas o extemporáneas, comporta una obligación por parte de la aseguradora de reconocer y pagar al reclamante además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, **un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, por lo cual es procedente exigir dicho reconocimiento, a fin de resarcir los perjuicios derivados del incumplimiento por parte de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**

Dicho interés moratorio debe ser reconocido y pagado a partir de la fecha límite de un mes contado a partir de la radicación de la reclamación, término con el que contaba la demandada para notificar las objeciones a la reclamaciones que considerase, lo cual como fue ilustrado a la despacho no se materializó habida cuenta que todas las objeciones fueron notificadas de forma extemporánea y aquellas que fueron notificadas en termino se contestaron en debida forma, pudiendo la entidad aseguradora levantar la glosa, y por tanto, las reclamaciones se encontraban en firme, así pues, se solicita al Despacho el reconocimiento del interés moratorio.

El Decreto 3047 de 2008 también es fundamental en este contexto. Este decreto regula aspectos específicos del SOAT, incluyendo los procedimientos de facturación y las condiciones para el reconocimiento y pago de las reclamaciones. El artículo 2 de este Decreto establece que las aseguradoras deben reconocer y pagar las reclamaciones en un plazo máximo de 30 días calendario desde la fecha de radicación completa de la reclamación.

La Ley 1438 de 2011 estipula que las entidades aseguradoras deben pagar las reclamaciones dentro de los plazos establecidos. En particular, el artículo 56 de esta ley dispone que el incumplimiento en el pago de las reclamaciones generará intereses moratorios.

***“Ley 1438 de 2011, Artículo 56. Pagos a los Prestadores De Servicios De Salud. Las Entidades Promotoras de Salud pagan los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.***

***El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN)”.***

En el caso de FABISALUD IPS SAS, esta disposición es crucial ya que establece que, ante la demora en el pago por parte de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, la aseguradora debe indemnizar a FABISALUD IPS SAS con intereses adicionales a la deuda principal. Esta normativa busca proteger a los prestadores de servicios en salud, garantizando que reciban el pago oportuno y adecuado por los servicios prestados.

Además, el Anexo Técnico No. 6 del Decreto 3047 del 2008 denominado Manual Único de Glosas establece un procedimiento específico para la resolución de discrepancias entre prestadores de servicios y aseguradoras. En el caso de FABISALUD IPS SAS, las glosas / objeciones formuladas por **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** fueron objeto de oposición y no han sido resueltas conforme a las directrices legales establecidas, lo que ha llevado a la persistencia del conflicto. La aplicación de este manual asegura que cualquier objeción a las reclamaciones debe basarse en criterios objetivos y normativos, no en razones arbitrarias o injustificadas.

En consecuencia, se solicita el levantamiento de las objeciones y/o glosas impuestas por **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** dado que **FABISALUD IPS S.A.S** cumplió con la prestación de servicios de salud a víctimas de accidentes de tránsito cubiertos por el SOAT, vigencia 2016 y 2017 y, por tanto, está reclamando el pago correspondiente de dichos servicios conforme a lo establecido en la ley. Las facturas fueron presentadas de forma oportuna con los soportes exigidos en por el artículo 26 del Decreto 056 de 2015; sin embargo, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** han generado un retardo en el reconocimiento del pago debido, así como una sobrecarga de requisitos no previstos o formulando glosas infundadas, impidiendo el cumplimiento de las obligaciones de pago por parte de la aseguradora.

Finalmente, y al no encontrarse un trámite específico dentro del Código General del Proceso para este tipo de acciones, al mismo deberá impartírsele el tratamiento previsto en el artículo 368 y siguientes de dicha normativa procesal, la cual establece:

*“Artículo 368. Asuntos sometidos al trámite del proceso verbal. Se sujetará al trámite establecido en este Capítulo todo asunto contencioso que no esté sometido a un trámite especial.”*

## V. JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, se estima bajo juramento, que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** adeuda por concepto de reclamaciones por los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito en la vigencia 2016 y 2017 a cargo del Seguro SOAT expedido por la demandada, un capital por valor de **CIENTO OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE (\$ 108.297.943)**, cuantía correspondiente al saldo por concepto de objeciones interpuestas por parte de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** y sobre las que mi representada no acepta su procedencia.

## VI. COMPETENCIA Y CUANTÍA

Los hechos que suscitan la presente controversia se dieron con ocasión de la prestación de servicios de salud a usuarios y/o beneficiarios derivados de un accidente de tránsito en la ciudad de Cali, amparados por las pólizas de Seguro SOAT expedidas por la demandada, por lo anterior, para determinar a quien le corresponde la competencia, por factor territorial, se solicita al señor Juez(a)

dar aplicación a lo previsto en el numeral 3° del artículo 28 del Código General del Proceso, le corresponde a la Jurisdicción Civil, el conocimiento del presente asunto.

En este sentido y teniendo en consideración de las pretensiones de la demanda, se estima la cuantía de **CIENTO OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE (\$ 108.297.943)**, toda vez que corresponde al valor de los saldos de las facturas correspondientes a las objeciones interpuestas por parte de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** y sobre las que mi representada rechaza vehemente su imposición, conforme a lo establecido en los artículo 15 y sub siguientes del Código General del Proceso, resulta ser competente el Juez Civil Municipal del Círculo de Cali.

## **VII. PRUEBAS**

Solicito que se decreten y practiquen las siguientes pruebas:

### **7.1. Documentales**

1. Certificado de existencia y representación legal de la sociedad **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**.
2. Documento en Excel que presenta número de factura, valor inicial, fecha de radicación factura, valor glosa, motivo glosa, saldo actual.
3. Copia de cada reclamación acompañada de los anexos establecidos en la normatividad vigente.

### **7.2. TESTIMONIALES**

Solicito el Decreto y Practica del testimonio al Doctora LARISSA PEREA VIVEROS identificada con cédula de ciudadanía No. 31.966.886 o quien haga sus veces, quien se desempeña como jefe de Auditoría Concurrente y Cuentas Médicas de FABISALUD IPS S.A.S. o quien haga sus veces, y se puede citar al correo electrónico: [coor.audmedicas@clinicacristorey.com.co](mailto:coor.audmedicas@clinicacristorey.com.co) o a través del suscrito apoderado.

Testimonio que se solicita para que deponga sobre el proceso de presentación de la facturación de la vigencia 2016-2017, de las reclamaciones y la contestación de objeciones de las facturas radicadas a la parte demandada. Además, aporta un conocimiento técnico científico sobre la normatividad que regula este tipo de actividad específicamente el tema de objeciones, glosas y devoluciones y las tarifas que regula El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

### **7.3. INTERROGATORIO DE PARTE**

Se solicita que se cite al representante legal de la empresa demanda CARLOS ARTURO GUZMÁN PELÁEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.608.605 de Cali, o quien haga sus veces, y cuya dirección de notificación judicial es Calle 100 No.9A-45 P2 de la ciudad de Bogotá D.C. y correo electrónico para notificaciones judiciales: [notificaciones@solidaria.com.co](mailto:notificaciones@solidaria.com.co).

Este interrogatorio se solicita para que de fe sobre el proceso de recepción de las reclamaciones y la imposición de objeciones de las facturas radicadas durante la vigencia 2016 y 2017. Con el fin de esclarecer los aspectos de la operación de los servicios facturados, los pagos efectuados y

la justificación para no hacerlos, entre otros que se fijen en el litigio.

#### **7.4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS:**

De conformidad con lo establecido por los Artículo 265 y siguientes del Código General del Proceso, solicito se ordene al representante legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** o quien haga sus veces, exhibir los documentos que acrediten la notificación de las objeciones formuladas a las reclamaciones sobre las que sustenta el no pago de los saldos pretendidos a través de la presente acción, los cuales reposan en su poder, cuya exhibición se solicita con el fin de acreditar la extemporaneidad de la formulación y notificación de las objeciones sobre las reclamaciones.

#### **VIII. ANEXOS**

1. Poder conferido para actuar
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de la Sociedad FABISALUD IPS S.A.S.

#### **IX. NOTIFICACIONES**

- **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA:** Calle 100 No.9A-45 P2 de la ciudad de Bogotá D.C. y correo electrónico para notificaciones judiciales: [notificaciones@solidaria.com.co](mailto:notificaciones@solidaria.com.co)
- La sociedad **FABISALUD IPS SAS**, en la Avenida 5 No. 22 Norte – 26 de Cali. Correo electrónico: [jefe.contable@clinicacristorey.com.co](mailto:jefe.contable@clinicacristorey.com.co)
- Apoderado **JORGE URIEL RUEDA ROMERO**, Avenida 5 No. 22 Norte – 26 de Cali. Correo electrónico: [jorgeurielabogados@gmail.com](mailto:jorgeurielabogados@gmail.com) - Celular: 317 767 2241

Señor Juez,

**ENTIENDASE FIRMADO CON EL ENVIO**

**JORGE URIEL RUEDA ROMERO**

C.C. 91.292.913 de Bucaramanga

T.P. No 208-777 del C.S.J.

Apoderado Especial

SLGV