

Santiago de Cali, Junio de 2025

Señores

CENTRO DE CONCILIACIÓN FUNDA SEER

conciliaciones@fundaseer.com

Cali – Valle del Cauca

E. S. D.

REFERENCIA: SOLICITUD DE CONCILIACIÓN PREJUDICIAL ART 67 Y 68 DE LA LEY 2220 DE 2022.

LIZA MARÍA CASTILLO CORREA, abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía No. 34.330.968 expedida en Popayán y portadora de la Tarjeta Profesional No. 384.344 del Consejo Superior de la Judicatura, domiciliada en Santiago de Cali como Abogada Principal, y al Doctor **JORGE URIEL RUEDA ROMERO**, abogado en ejercicio identificado con cédula de ciudadanía No. 91.292.913 expedida en Bucaramanga y portador de la Tarjeta Profesional No. 208.777 del Consejo Superior de la Judicatura, domiciliado en Santiago de Cali como Abogado Suplente, en nuestra condición de apoderados de la sociedad **FABILU S.A.S.**, identificada con NIT. 900.242.742-1, propietaria del establecimiento de comercio CLÍNICA COLOMBIA ES identificado con matrícula mercantil No. 802975, conforme al poder otorgado por el doctor **FAVIAN ALEJANDRO CORDÓN TORRES**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.218.397 expedida en Bogotá D.C., en calidad de representante legal, me permito **SOLICITAR** se sirva **CONVOCAR** a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** identificada con NIT. 860.524.654-6, para llevar a cabo conciliación prejudicial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 67 y 68 de la Ley 2220 de 2022, según los siguientes:

I. FUNDAMENTOS DE HECHO

PRIMERA. Que se **DECLARE** la existencia de la obligación a cargo de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** identificada NIT. 860.524.654-6, consistente en la objeción formulada sobre la factura cambiaria No. FS60936 por los servicios de salud prestados por **FABILU S.A.S** a la afiliada de la entidad demandada durante la vigencia 2020.

SEGUNDA. Que se **DECLARE** infundada la objeción para la causal impuesta a la factura de venta No. FS60936, aduciendo que las circunstancias fácticas en las que se basa la objeción no son oponibles a mi representada según lo dispone en artículo 41 inciso 3 del Decreto 056 de 2015.

TERCERA. Que se **ORDENE** a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** el levantamiento de la objeción interpuesta sobre la factura

cambiaría No. FS60936 por concepto de los servicios y tecnologías en salud prestados por **FABILU S.A.S.** a la víctima del accidente de tránsito amparado por póliza SOAT.

CUARTA. Que, se **CONDENE** a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, a pagar a **FABILU S.A.S.**, la suma de **VEINTITRÉS MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTIOCHO PESOS MCTE- (\$23.408.628)** más los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad de la suma anterior desde la fecha en que se hizo exigible cada factura y hasta que se verifique su pago, por concepto de los servicios y tecnologías en salud prestados a la víctima del accidente de tránsito según el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016.

QUINTA: Que se **CONDENE** a la sociedad demandada al pago de las costas y agencias en Derecho resultante del proceso.

SEXTA. Que se **DECRETE** y **TRAMITE** junto con esta petición, las medidas cautelares solicitadas.

II. FUNDAMENTOS DE HECHO

PRIMERO. FABILU S.A.S. propietaria del establecimiento de comercio **CLÍNICA COLOMBIA ES**, entidad de derecho privado, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, quien hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, cuyo objeto social es la prestación de servicios en salud encaminado a mejorar el estado de salud actual de los pacientes atendidos, brindando atenciones y tecnologías de calidad, dentro de los más altos estándares de oportunidad, eficacia y eficiencia, cumpliendo con los preceptos Constitucionales y Legales estipulados por la Ley 100 de 1993 y demás normas que regulan o complementan este tipo de actividad.

SEGUNDO. FABILU S.A.S., prestó los servicios de urgencia y posterior a urgencia a la víctima de accidente de tránsito **DANIELA RUEDA PERALTA** desde el 29/11/2020 hasta el 02/12/2020 asegurada y/o beneficiaria del SOAT expedido por la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**.

TERCERO: Al momento del ingreso, la paciente presentó ante los profesionales de la salud la tarjeta de propiedad del vehículo involucrado en el accidente de tránsito, indicando que los daños sufridos fueron con causa y con ocasión al siniestro vial ocurrido mientras se encontraba a bordo de la motocicleta de su propiedad identificada con placa QDT74D.

Tarjeta de propiedad del vehículo:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10020269407

PLACA: QDT74D MARCA: YAMAHA LÍNEA: YW125X - BWS 125X MODELO: 2015

CILINDRADA CC: 125 COLOR: GRIS SERVICIO: PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA TIPO CARROCERÍA: TURISMO COMBUSTIBLE: GASOLINA CAPACIDAD Kg/Pu: 2

NÚMERO DE MOTOR: E3M2E094611 REG. VIN: 9FKKE2014F2094611

NÚMERO DE CHASIS: 9FKKE2014F2094611 REG. N: N

NÚMERO DE SERIE: E3M2E094611 REG. N: N

PROPIETARIO: APELLIDO Y NOMBRE: RUEDA PERALTA DANIELA IDENTIFICACIÓN: C.C. 1144176280

RESTRICCIÓN MOVILIDAD: BLINDAJE: 9 POTENCIA HP: 9

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902014000256844 FECHA IMPORT.: 17/12/2014 PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: *****

FECHA MATRÍCULA: 29/12/2014 FECHA EXP. LIC. TTD: 13/02/2020 FECHA VENCIMIENTO: *****

ORGANISMO DE TRÁNSITO: STRIA TTOYTTE MCPAL PRADERA

LT02005845325

CUARTO: Consecuente con lo anterior y dándole trazabilidad al suceso, se procedió a consultar en el Registro Único Nacional de Tránsito – RUNT. Dicha consulta demostró que al momento del siniestro el SOAT expedido por la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se encontraba vigente con cobertura desde el día 27/10/2020 hasta el día 26/10/2021 del vehículo de placas QDT74D, para cubrir los gastos médicos, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos y demás que hubiese requerido la paciente. Toda vez que constituye en una obligación dineraria que tiene las aseguradoras con las IPS para suplir las necesidades producto de un accidente de tránsito o eventos catastróficos.

RUNT

Consulta Automotores Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	QDT74D	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10020269407	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	YAMAHA	LÍNEA:	YW125X - BWS 125X
MODELO:	2015	COLOR:	GRIS
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	E3M2E094611
NÚMERO DE CHASIS:	9FKKE2014F2094611	NÚMERO DE VIN:	9FKKE2014F2094611
CILINDRAJE:	125	TIPO DE CARROCERÍA:	TURISMO
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRÍCULA INICIAL (DD/MM/AAAA):	29/12/2014
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA TTOYTTE MCPAL PRADERA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGISTRACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGISTRACIÓN MOTOR:	
REGISTRACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGISTRACIÓN CHASIS:	
REGISTRACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGISTRACIÓN SERIE:	
REGISTRACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGISTRACIÓN VIN:	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

[p://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular](http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Para conocer el historial de propietarios
Consulte el Histórico Vehicular Aquí
(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Entidad expide SOAT	Estado
845588	26/10/2020	27/10/2020	26/10/2021	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA	Ⓢ VIGENTE
77243754	26/10/2019	27/10/2019	26/10/2020	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS	Ⓢ NO VIGENTE
38372018	15/01/2018	17/01/2018	16/01/2019	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Ⓢ NO VIGENTE

QUINTO. Posterior a la prestación del servicio de salud a la paciente **DANIELA RUEDA PERALTA, FABILU S.A.S.**, generó la factura No. FS60936 por valor de **VEINTITRÉS MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTIOCHO PESOS MCTE- (\$23.408.628)**, la cual fue oportunamente presentada y radicada ante la compañía de seguros **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, ajustada estrictamente a los requisitos establecidos en el Decreto 780 de 2016, la Ley 1231 de 2008, Decreto 056 de 2015, Resolución 3047 de 2008, Resolución 5261 de 1994, Nota externa No. 201633200889671 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y demás normas que reglamentan, complementan y adicionan el cobro de servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito con cargo al SOAT, cumpliendo con todos los procedimientos y requerimientos documentales exigidos por la normativa vigente para la correcta facturación y presentación de las reclamaciones.

SEXTO. La factura cambiaria presentada por **FABILU S.A.S** a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** correspondiente a los servicios prestados durante la vigencia 2020, fue materia de objeción y ratificación por parte de la entidad responsable del pago, originando el trámite de reclamaciones.

La objeción se detallará de la siguiente manera:

FACTURA	FECHA RADICADO	FECHA OBJECIÓN #1	FECHA RTA OBJECIÓN #1	FECHA DE RATIFICACIÓN	SALDO
FS60936	18/03/2021	20/03/2021	1/06/2021	30/06/2021	\$23.408.628

Así pues, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, negó el reconocimiento económico y se ratificó aduciendo que *“La aseguradora no es responsable del pago requerido por la IPS, teniendo en cuenta que según procedimiento de auditoría de campo se pudo determinar que las lesiones sufridas por el paciente si son consecuencia de un accidente de tránsito, sin embargo, las mismas no fueron ocasionadas por la motocicleta”* bajo el código de devolución 8.16 “Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable.

Dicha justificación resulta insuficiente y carece de fundamentación objetiva, puesto que la Sentencia SC3075-2024 emitida el 19 de diciembre de 2024 por la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia, destacó que las IPS tienen derecho de reclamar a las aseguradoras del SOAT el reembolso por la atención médica brindada a víctimas de accidentes de tránsito, sin verificaciones adicionales o de carácter investigativo que además de que se escapan del alcance técnico y legal de una IPS, no es jurídicamente admisible exigirle que condicione la prestación de servicios de salud a la verificación previa del origen de las lesiones o de la participación específica de un vehículo u otro en un accidente de tránsito. Basta con demostrar la ocurrencia del accidente y sus consecuencias, según lo dispuesto en el artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF).

Condicionar la atención médica o el pago de los servicios a verificaciones administrativas constituye una práctica ilegal, ya que vulnera el derecho fundamental a la salud del paciente al obstaculizar su acceso oportuno a los servicios médicos necesarios. Asimismo, dicha práctica afecta el derecho del prestador de servicios de salud a cobrar por los servicios prestados, causándole un perjuicio patrimonial, pues, la IPS sufraga los costos de los insumos, medicamentos y salarios del personal asistencial que garantizan la atención en salud de la víctima.

SÉPTIMO. A la fecha de presentación del actual escrito no ha sido posible obtener el reconocimiento y pago de la factura radicada oportunamente por la prestación de servicios de urgencias a la víctima de accidente de tránsito con cargo al SOAT durante el año 2020 por parte de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, puesto que la causal expuesta no corresponde a un vicio de forma, y, ante esta eventualidad la entidad demandada se encuentra retardando el pago de lo debido basándose en los resultados de una auditoria de campo que no es oponible para **FABILU S.A.S** como Institución Prestadora de Servicios de Salud, según lo dispone expresamente el precepto 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016 inciso 3.

Recientemente, la Corte Suprema de Justicia, en la sentencia SC 3075 de 2024, abordó este tipo de situaciones al resolver el pago de más de 600 millones de pesos a favor de una IPS, por concepto de reclamaciones impagas derivadas de objeciones planteadas por una aseguradora del SOAT. La aseguradora argumentó causales de fraude como «inexistencia de accidente de tránsito», «inexistencia de responsabilidad del asegurado», y otras circunstancias que afectaron la validez de las reclamaciones presentadas. Es un precedente que prioriza la evidencia médica en ese tipo de casos.

En ese sentido, las aseguradoras en virtud de la obligación de indemnizar establecida dentro del marco legal tienen el deber de pagar a las IPS por los servicios médicos prestados a las víctimas de accidentes cubierto por el seguro obligatorio. Sin embargo, en los casos en que se evidencie que el tomador del SOAT ha hecho uso fraudulento de la póliza, esto es, que ha declarado un siniestro que no corresponde a un hecho asegurado o ha incurrido en falsificación de información para obtener cobertura, la aseguradora tiene derecho a ejercer la acción de repetición en contra del tomador o beneficiario del seguro. En este contexto la aseguradora esta en la libertad de reclamar y exigir la devolución de los

montos pagados, así como los intereses correspondientes, a través de la figura jurídica en mención.

OCTAVO. De acuerdo con lo indicado en el numeral anterior, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, se encuentra en mora de pagar el saldo insoluto de la facturación, en la cuantía de **VEINTITRÉS MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTIOCHO PESOS MCTE (\$23.408.628)** más los intereses moratorios igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, generados respecto de la factura por los servicios y tecnologías en salud relacionadas en el hecho segundo.

NOVENO. El representante legal de **FABILU S.A.S** me ha conferido poder para iniciar la presente acción en contra de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**.

III. PRETENSIONES

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

PRIMERA. Que se **DECLARE** la existencia de la obligación a cargo de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** identificada NIT. 860.524.654-6, consistente en la objeción formulada sobre la factura cambiaria No. FS60936 por los servicios de salud prestados por **FABILU S.A.S** a la afiliada de la entidad demandada durante la vigencia 2020.

SEGUNDA. Que se **DECLARE** infundada la objeción para la causal impuesta a la factura de venta No. FS60936, aduciendo que las circunstancias fácticas en las que se basa la objeción no son oponibles a mi representada según lo dispone en artículo 41 inciso 3 del Decreto 056 de 2015.

TERCERA. Que se **ORDENE** a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** el levantamiento de la objeción interpuesta sobre la factura cambiaria No. FS60936 por concepto de los servicios y tecnologías en salud prestados por **FABILU S.A.S.** a la víctima del accidente de tránsito amparado por póliza SOAT.

CUARTA. Que, se **CONDENE** a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, a pagar a **FABILU S.A.S**, la suma de **VEINTITRÉS MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTIOCHO PESOS MCTE- (\$23.408.628)** más los intereses moratorios certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad de la suma anterior desde la fecha en que se hizo exigible cada factura y hasta que se verifique su pago, por concepto de los servicios y tecnologías en salud prestados a la víctima del accidente de tránsito según el artículo 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016.

QUINTA: Que se **CONDENE** a la sociedad demandada al pago de las costas y agencias en Derecho resultante del proceso.

SEXTA. Que se **DECRETE** y **TRAMITE** junto con esta petición, las medidas cautelares solicitadas.

IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco los artículos de la Constitución Política Arts. 48 y 49, Art. 168 Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1751 de 2015, Ley 715 de 2001, Decreto 056 de 2015, Resolución 3047 de 2008, Resolución 5261 de 1994, Nota externa No. 201633200889671 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, Sentencia T-760/08 y demás normas que regulan, complementan y adicionan el cobro de servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito con cargo al SOAT.

Según la normatividad vigente, las víctimas de accidentes de tránsito tienen derecho al acceso rápido y eficiente en la atención inicial de urgencias, razón por la cual ninguna IPS podrá negarse a la prestación del servicio según lo establece:

*Ley 1751 de 2015, **Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios.** Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de i 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 I de urgencia.*

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 10 • En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

De manera que, la negación a dicho servicio podría traer consecuencias jurídicas como son las sanciones interpuestas por la Superintendencia de Salud a las IPS públicas o privadas, por infringir en el deber ser al no velar por la seguridad del paciente.

Por lo anterior ,una vez finalizada la atención por concepto de accidentes de tránsito, la sociedad **FABILU S.A.S.** a efectos de obtener el pago por los servicios y tecnologías en salud prestados, surtió a cabalidad con la obligación de elaborar y presentar ante la entidad responsable del pago , como lo es la entidad demandante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, documentos que soportaban la atención prestada y todos los procedimientos realizados durante la estancia del paciente y que son requeridos según el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016, evidencias suficientes para formalizar y justificar el pago.

***Artículo 2.6.1.4.2.20 Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud.** Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen*

natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

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

3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:

3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

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

3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.

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

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

Siguiendo con los fundamentos de derecho que legitima a mi representada para cobrar los servicios de salud realizados a los asegurados y/o beneficiarios del Seguro SOAT, con ocasión de accidentes de tránsito, el cobro realizado por medio de la factura a la Compañía de Seguros **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, por la prestación de servicios y tecnologías en salud en la vigencia 2020, es oportuno mencionar lo estipulado en el siguiente artículo del Decreto Único Reglamentario en Salud.

“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...***

Es decir que, la aseguradora contaba con un término específico para objetar la reclamación radicada por mi representada, el cual a la luz de la norma ibidem es de dos (2) meses a partir del conocimiento de la reclamación (es decir desde el momento en que **FABILU S.A.S.** radicó la factura de servicios y tecnologías en salud).

Para nuestro caso, es preciso indicar que la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** ha objetado en múltiples ocasiones el cobro presentado, bajo argumentos que carecen de fundamento legal, puesto que no está basado en las causales de devolución, las cuales son de carácter taxativas y se encuentran plasmadas en la Resolución 3047 de 2008 de la siguiente manera:

***Artículo 14 Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.** La denominación y codificación de las causas de glosa, devoluciones y respuestas de que trata el artículo [22](#) del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán las establecidas en el Anexo Técnico No. 6, el cual forma parte integral de la presente resolución.*

Así pues, si bien es cierto que la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** está legitimada para estudiar la procedencia de la reclamación según el artículo 2.6.1.4.3.10. del Decreto 780 de 2016; dicha disposición no la libera de la obligación a su cargo, puesto mi representada como prestadora de servicios y tecnologías en salud, se encuentra en el deber de prestar la atención inicial de urgencias a toda la población que lo requiera, sin poner barreras de tipo administrativo que puedan configurar una negación de la atención por el servicio de urgencias, afín de que se pueda definir el destino inmediato del paciente y así prevenir consecuencias de carácter irreversible. En esa medida resulta obvio que, el desconocer el hecho que ocasionó el ingreso del paciente a urgencias no es una causal para negar o controvertir la asistencia médica, ya que dentro de nuestra misión institucional está el de prestar un servicio de salud oportuno, integro y de calidad, mas no el de fungir como agentes investigadores imponiendo al cuerpo médico la carga de verificar e investigar la veracidad de los hechos que dieron lugar a dicha atención, puesto que estaríamos incurriendo en una extralimitación de funciones. No obstante, las IPS cuentan con unos documentos de suma importancia como lo son el registro del médico de urgencias, FURIPS, epicrisis y la historia clínica que son un medio de prueba determinante para demostrar a detalle el grado de las lesiones causadas y la ocurrencia del hecho al momento de dirimir los conflictos jurídicos en virtud del artículo 194 del EOSF por medio del cual erige que:

«Se considerarán pruebas suficientes, además de todas aquellas que la víctima o el causahabiente puedan aducir, cualquiera de las siguientes que resulten pertinente, según la clase de amparo: a. La certificación sobre la ocurrencia del accidente. El

Gobierno Nacional reglamentará la forma en que habrá de demostrarse la ocurrencia de éste. Será prueba del mismo la certificación que expida el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario. b. La certificación de la atención por lesiones corporales o de incapacidad permanente, causadas a las personas en accidentes de tránsito, expedida por cualquier entidad médica, asistencial u hospitalaria, debidamente autorizada para funcionar (...)

“Resolución 1645 de 2016.

ARTÍCULO 6o. PRUEBA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En los eventos de que trata el Decreto número 056 de 2015, o la norma que lo modifique o sustituya, en que se exija la demostración de la prestación de los servicios de salud, esta se acreditará ante las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT y el Fosyga o quien haga sus veces, con los siguientes documentos según el caso:

- 1. Epicrisis, cuando se trate de servicios de urgencia con observación, hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos. En todo caso deben observarse los contenidos mínimos previstos en el artículo 31 del Decreto número 56 de 2015.*
- 2. Descripción quirúrgica, cuando se realice un procedimiento quirúrgico.*
- 3. Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis.*

Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contrarreferencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, registro de anestesia, la fórmula médica y el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos, siempre y cuando de ellos se establezca la prestación del servicio o la entrega de la tecnología en salud reclamados, según corresponda, y el nexo causal con el evento que genera la atención.

4. Factura de venta o documento equivalente del reclamante y certificación de pago de quien prestó el servicio, cuando el mismo ha sido prestado a través de un tercero.” (negrilla y subraya fuera del texto)

Sin embargo, se pone de presente que, conforme a lo establecido en el artículo 2.6.1.4.3.4 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, quedándole prohibido a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, en el caso concreto, de 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.

Aduciendo a los artículos del Código de Comercio en mención:

“ARTÍCULO 1077. CARGA DE LA PRUEBA. *Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.*

El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

En el caso de los seguros paramétricos o por índice, la ocurrencia del siniestro y su cuantía quedarán demostrados con la realización del índice o los índices, de acuerdo con el modelo utilizado en el diseño del seguro y definido en el respectivo contrato.

El Decreto 056 de 2015 también es fundamental en este contexto, puesto que regula aspectos específicos del SOAT, incluyendo los procedimientos de facturación y las condiciones para el reconocimiento y pago de las reclamaciones.

En el caso de **FABILU IPS S.A.S**, estas disposiciones son cruciales, puesto que establecen que, ante la demora en el pago por parte de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, la aseguradora debe indemnizar a mi representada 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 prestado, de la siguiente manera:

Ley 1438/2011. ARTÍCULO 56. Pagos a los prestadores de servicios de salud. *Las Entidades Promotoras de Salud pagarán 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).

Se prohíbe el establecimiento de la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios o cualquier práctica tendiente a impedir la recepción.

Las entidades a que se refiere este artículo deberán establecer mecanismos que permitan la facturación en línea de los servicios de salud, de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social.

También se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud a través de correo certificado, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007, sin perjuicio del cobro ejecutivo que podrán realizar los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud en caso de no cancelación de los recursos.

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.”

En concordancia con lo anterior el Código Civil colige que:

Artículo 2536. Prescripción de la acción ejecutiva y ordinaria

La acción ejecutiva se prescribe por cinco (5) años. Y la ordinaria por diez (10).

La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco (5) años, y convertida en ordinaria durará solamente otros cinco (5).

Una vez interrumpida o renunciada una prescripción, comenzará a contarse nuevamente el respectivo término.

V. FUNDAMENTOS JURISPRUDENCIALES

La Corte Suprema de Justicia se pronunció mediante SC3075-2024 del 19 de diciembre de 2024, con el fin de dirimir controversia entre aseguradora e IPS, exponiendo lo siguiente:

“...Indicó que, de conformidad con el artículo 2.6.1.4.4.1. del Decreto 780 de 2016, «a las víctimas de los accidentes de tránsito, a los beneficiarios o a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción o transacción».

Con similar orientación, resaltó que, «pese a la claridad y contundencia normativa, la parte demandada, cuando concurrió al proceso y expuso sus defensas, invocó excepciones que no estaba autorizada aducir». Y, como si fuera poco, «el juez de primera instancia y, luego, el ad quem (...) estudiaron y acogieron el medio de defensa alusivo a la no existencia del accidente de tránsito o a defectos de la póliza utilizada (...)». Por esa vía, concluyó diciendo que, «a raíz de la aceptación y acogida de las excepciones formuladas, diferentes al pago, compensación, transacción y

prescripción (...), el Tribunal permeó la controversia y habilitó la discusión de temas o puntos que no podían ser presentados y analizados en este escenario».

Lo anterior establece que, en los casos de accidentes de tránsito no podrá aplicarse contra las víctimas, excepciones derivadas de vicios o defectos en la celebración del contrato entre el asegurado y la aseguradora, es decir, según el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece que las únicas excepciones que pueden ser formuladas contra las víctimas de accidentes de tránsito son aquellas relacionadas con el pago, compensación, prescripción y transacción, puesto que no pueden basarse en problemas del contrato o incumplimiento de obligaciones por parte del tomador del seguro, sino en cuestiones específicas propias de la reclamación. Esto tiene como objetivo principal proteger los derechos que tienen las víctimas de recibir de manera eficiente e inmediata la atención sin obstáculos innecesarios.

Aunque la Corte reconoce la inoponibilidad de las excepciones relacionadas con los vicios contractuales e incumplimientos del tomador, no comparte la visión restrictiva de las posibilidades de defensa de las aseguradoras propuesta por la recurrente. Por el contrario, la Sala considera que, así como es razonable que se permita a las IPS elaborar autónomamente todos los documentos que conforman una reclamación idónea, es igualmente válido que las aseguradoras ejerzan una auditoría rigurosa. De este modo se equilibran la eficiencia del sistema y la protección de las víctimas de accidentes de tránsito, con las exigencias de transparencia y diligencia derivadas del principio general de buena fe y los objetivos concretos del sistema SOAT.

Ese control de las aseguradoras puede tener diversos resultados, a saber: (i) revalidar la conformidad de la reclamación, habilitando el pago; (ii) identificar vicios” formales que, como se ha explicado, pueden gestionarse mediante “glosas”, o “no conformidades”; o (iii) detectar irregularidades de fondo, como el pago, la prescripción, la compensación, o las situaciones de fraude.”
Lo que sucede es que no todos esos mecanismos la liberan de su obligación frente a la IPS beneficiaria, según pasa a explicarse.

“En otras palabras, descartando cualquier intervención maliciosa de la IPS tratante –lo cual, en este caso, no se alegó–, un proceder fraudulento como el que describió la aseguradora al contestar la demanda solo podría darse porque el tomador de la póliza se presentó en el centro médico y, mediante engaños, hizo creer a los profesionales tratantes que sus lesiones provenían de un accidente de tránsito, sabiendo que no era así; o porque facilitó su póliza a un tercero, a consciencia de estar burlando la ley. En ambos casos, infringiendo sus deberes contractuales.

Así pues, como las faltas al deber de obrar de buena fe en las que se sustentó la citada excepción solo serían atribuibles a los tomadores del SOAT, no podían emplearse como justificación para no pagar las sumas de dinero de las que es acreedora la IPS”

Si bien, según el numeral 3 del artículo 2.6.1.4.4.1 el Decreto 780 de 2016, las excepciones basadas en los fraudes cometidos por los tomadores del SOAT no son oponibles a las IPS cuando estas prestan sus servicios a las víctimas de accidente de tránsito. Esto significa

que, así el tomador del SOAT haya actuado contrario a derecho, no debe verse afectada la acción de presentación y cobro de la factura por parte de la IPS por los servicios prestados.

Al respecto es importante señalar el error de juzgamiento por parte del tribunal frente al caso:

Tal como lo señaló la recurrente en sus cargos postreros, el ad quem cometió un grave error al permitir que, mediante la alegación de fraudes que habrían sido cometidos por tomadores del seguro SOAT, se frustrara la legítima acción de cobro de la clínica demandante. No solo permitió que se invocara una defensa que, por disposición legal, es inoponible a dicha convocante, sino que, basándose en esa misma defensa –y sin un análisis profundo–, concluyó erróneamente la inexistencia de los siniestros.

En realidad, esos siniestros estaban suficientemente demostrados con los documentos aportados junto con la demanda, es decir, cada una de las reclamaciones acompañadas de los anexos exigidos por la normativa del SOAT: los tantas veces reseñados FURIPS, epicrisis, historia clínica y factura.

No se pretende argumentar que estos documentos sean irrefutables, como ya se dejó consignado, sino que, en tanto hayan sido diligenciados de manera honesta y transparente –y en este caso no hay evidencia de lo contrario–, son suficientes para acreditar la ocurrencia de las lesiones sufridas en un accidente (siniestro) y el valor de la atención médica requerida (pérdida).

De todo lo anterior se sigue que el Tribunal transgredió la ley sustancial, en tanto privó a la legítima beneficiaria del amparo de gastos médicos del SOAT del pago de la indemnización a la que tenía derecho, obviando que, de un lado, en este caso concreto, se habían acreditado las variables fácticas de las que depende la obligación condicional de la aseguradora, y de otro, no se probó lo contrario, pues todas las evidencias que aportó la Compañía Mundial de Seguros S.A. dan cuenta de un fraude atribuible a terceras personas, ajenas por completo a la IPS actora.

Consecuente con lo anterior, la sala se pronunció sobre los documentos que deben soportar cualquier reclamación con cargo a la cobertura de gastos del SOAT, que no están exentos de cuestionamientos, pero sí son suficientes para demostrar tanto la ocurrencia del siniestro como la cuantía de la pérdida:

Dichos documentos, diligenciados de manera transparente y apropiada –como cabría esperar en estos casos–, permiten acreditar las variables esenciales de las que depende la efectividad de todo contrato de seguro. Por tanto, la carga de desvirtuar su contenido corresponde a la compañía aseguradora, quien debe aportar evidencias que demuestren su invalidez, y que sean oponibles a la IPS.

En este caso, es cierto que la Compañía Mundial de Seguros S.A. allegó copiosas pruebas de acciones fraudulentas, pero estas, invariablemente, apuntaban a los tomadores del seguro, que –de manera irresponsable– habrían facilitado sus pólizas SOAT a otras personas para que fueran atendidas por cuenta de sus amparos, o mentido sobre el origen de sus lesiones. Y, por disposición expresa del artículo 2.6.1.4.4.1 del Decreto 780 de 2016, circunstancias como esas no pueden afectar el legítimo reclamo de la IPS.

En términos simples, mientras que los documentos que allegó la Clínica Altos de San Vicente S.A.S. cumplen con los requisitos normativos y son suficientes para probar el siniestro y su cuantía, las objeciones de la aseguradora carecen de simetría y oponibilidad, pues derivarían de eventuales comportamientos fraudulentos del tomador del SOAT, no de la actuación –u omisión– de la parte actora.

Cabe anotar que estas reflexiones resultan aplicables a todas las causales de “glosas” u “objeciones” que se agruparon bajo la excepción titulada «inexistencia de la obligación respecto a las reclamaciones frente a las que se formuló objeción total»; esto es, «inexistencia de accidente de tránsito»; «póliza prestada peatón»; «póliza prestada ocupante»; «aclaración de hechos», y «conurrencia de vehículos», pues a pesar de lo que pudiera sugerir su denominación, en cada caso pretendió aludirse a la manifestación mendaz que habría hecho el lesionado al ser atendido, de común acuerdo con el tomador del SOAT –y sin participación probada de la IPS demandante–

El artículo 194-4 del EOSF, tras recabar en la inoponibilidad de las excepciones derivadas de vicios contractuales o incumplimientos del tomador, estableció el siguiente derecho de repetición:

«Con todo, la compañía aseguradora podrá repetir contra el tomador por cualquier suma que haya pagado como indemnización por concepto del seguro de daños causados a las personas en accidentes de tránsito, cuando éste o quien esté conduciendo el vehículo en el momento del accidente, con su autorización, haya actuado con dolo, culpa grave o dentro de aquellas circunstancias en que el seguro adolece de vicios o defectos coetáneos a su contratación».

Y es claro que un tomador que defrauda, miente activamente u oculta o tergiversa el origen de sus lesiones o de las lesiones de un tercero para hacer pasar como un siniestro de los que cubre el SOAT un evento que no tiene tal connotación, actúa dolosamente.

Dicho de otra manera, el marco legal permite a las aseguradoras iniciar una acción de repetición si se demuestra que el tomador del seguro o las personas involucradas en el fraude han proporcionado información falsa para acceder a los beneficios de atención del SOAT, situación que no compromete la atención, facturación y pago a las IPS, puesto que su labor está enfocada en brindar atención médica y no están en posición de verificar la veracidad de los hechos, motivo por el cual no deben ser penalizadas por el fraude ajeno a su accionar.

Ahora bien, respecto al término de la prescripción de la acción es menester traer a colación lo proferido en la sentencia STC 3056-2021 del 24 de marzo de 2021, con ponencia del magistrado Álvaro Fernando García Restrepo, la cual proporciona una base clave para comprender como los tribunales interpretan los plazos de prescripción en casos complejos, como aquellos que involucran la interacción entre el Derecho Civil y el Derecho Comercial:

Así entonces aseguró, que dicho título ejecutivo complejo de naturaleza especial para cobrar la prestación de servicios en salud no se rige bajo el amparo de la norma mercantil, motivo por el cual, «el término prescriptivo que debe ser aplicado para su

cobro judicial corresponde al de la acción ejecutiva que está gobernada por el artículo 2536 del Código Civil, que en su nueva redacción al tenor del artículo 8° de la Ley 791 de 2002 dispone ‘La acción ejecutiva se prescribe por cinco (5) años. Y la ordinaria por diez (10). La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco (5) años, y convertida en ordinaria durará solamente otros cinco’, razón por la cual no puede exigirse que se cumpla la prescripción que contempla el Código de Comercio para la acción cambiaria», máxime cuando «ninguna disposición normativa ha previsto un término de prescripción para el ejercicio de la acción ejecutiva, para el cobro de las facturas de prestación o venta de servicios de salud, incluidas la de SOAT. (...)

Y que si bien es cierto que «[p]ara el caso del SOAT el artículo 10 del Decreto 3990 de 2007, como el artículo 41 del Decreto 056 de 2015, señalan que las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio», lo que ello significa es que, dicho término «es para presentar la correspondiente facturación con sus soportes, más no el que tiene el prestador del servicio para ejercitar la acción ejecutiva para el pago de la obligación que se deriva de la misma. Es de aclarar que lo que da paso a la vía ejecutiva para el cobro de las facturas de venta, expedidas con ocasión de la prestación de servicios de salud, es que la aseguradora no las haya objetado en debida forma dentro del término legal, ya sea por falta de fundamentación o por silencio, además de que no las haya cancelado, por lo que el demandante para iniciar el juicio ejecutivo debe aducir la prueba que presentó la reclamación y realizarla conforme a las resultas del trámite de esta».” (Subrayado fuera de texto).

Lo anterior expresa que el artículo 2536 del código civil, establece una regla general sobre la prescripción de acciones que no tienen plazos específicos. Según esa disposición, en estos casos, la falta de un plazo específico para las reclamaciones judiciales implicaría que se debe adherir al término general previsto por el Código Civil, 10 años para las acciones declarativas y 5 años para las acciones ejecutivas. Esta postura ha sido respaldada por diversas decisiones judiciales, buscando aplicar de manera coherente los principios generales del derecho civil a situaciones donde la ley no proporciona una normativa específica. De alguna manera, esta es una forma de garantizar la certeza jurídica y la protección de los derechos, dado que una acción judicial no puede perpetuarse sin riesgo de caducar.

“Toda prescripción que no se encuentre expresamente consagrada en una norma especial, se rige por el término previsto para la prescripción extintiva de la acción ordinaria, pues es ésta la que tiene la virtualidad de extinguir todas las acciones reales o personales que no están sujetas a prescripciones más breves.” (Sala de Casación Civil de la Corte Suprema, Sentencia del 5 de agosto de 2013, radicado 66682-31-03-001-2004-00103-01, MP: Ariel Salazar Ramírez).

Lo anterior, permite afirmar de manera categórica, que, en el marco del ejercicio de una acción ordinaria de carácter declarativo, dirigida a obtener el reconocimiento y pago de servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, el término de prescripción

aplicable no es el previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, sino el consagrado en el artículo 2536 del Código Civil, esto es el de diez (10) años.

Así pues, resulta plenamente aplicable en virtud de que el ordenamiento jurídico no contempla una norma especial que regule expresamente la prescripción de este tipo de acciones judiciales, una vez cumplida la carga de presentar en tiempo la reclamación extrajudicial ante la aseguradora. Por consiguiente, y conforme al principio de aplicación supletoria del Código Civil, es este el régimen que se debe tener en cuenta en lo concerniente a la extinción del derecho por el paso del tiempo.

Esta interpretación ha sido acogida tanto por la Corte Suprema de Justicia como por el Consejo de Estado, quienes han reiterado que, en ausencia de una disposición especial que establezca un término diferente, deben aplicarse los plazos generales para las acciones establecidas en el Código Civil, puesto que, la jurisprudencia ha sido clara en señalar que el término de dos (2) años establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio se refiere exclusivamente al plazo para presentar la reclamación directa ante la aseguradora, y no al término de prescripción de las acciones judiciales que pueda derivarse de dicha reclamación.

El Consejo de Estado, en desarrollo de su línea jurisprudencial sobre el contrato de seguro, ha abordado la temática de la prescripción extintiva, destacando el carácter subjetivo que tiene la prescripción ordinaria en este ámbito. Esta alta corporación ha precisado que dicho término comienza a contarse desde el momento en que el interesado conoce o debe conocer el hecho que da origen a su derecho:

"La prescripción ordinaria encierra un elemento de carácter eminentemente subjetivo, en tanto corre contra quien, derivando algún derecho del seguro y gozando de capacidad legal, conozca o deba conocer, por su misma posición, el evento respectivo."

(Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia sobre prescripción en contrato de seguro bajo la modalidad claims made).

Este razonamiento permite reforzar la tesis conforme a la cual el término de prescripción de las acciones judiciales derivadas de contratos de seguros no puede asimilarse sin más al previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, el cual se refiere únicamente al término para elevar una reclamación directa ante la aseguradora.

VI. COMPETENCIA Y CUANTÍA

Los hechos que suscitan la presente controversia se dieron con ocasión de la prestación de servicios y tecnologías en salud a usuarios y/o beneficiarios derivados de un accidente de tránsito, amparado por un Seguro SOAT en la ciudad de Cali, por lo anterior, para determinar a quién 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 **VEINTITRÉS MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTIOCHO PESOS MCTE (\$23.408.628)**, toda vez que corresponde al saldo insoluto de la factura radicada a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, por lo que siguiendo lo establecido en el artículo 15 y siguientes del Código General del Proceso, resulta ser competente el Juez Civil Municipal de Cali.

VII. PRUEBAS

1. Certificado de existencia y representación legal de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**
2. Copia de cada reclamación acompañada de los anexos establecidos en la normatividad vigente.

1.Testimoniales

Solicito el Decreto y Practica del testimonio al Doctor Jorge Luis Zabaleta identificado con cédula de ciudadanía No. 73.508.550 quien se desempeña como jefe de Auditoría Concurrente y Cuentas Médicas de **FABILU S.A.S.** o quien haga sus veces, y se puede citar al correo electrónico: jefe.auditoriaayctas@clinicacolombiaes.com o a través del suscrito apoderado.

Testimonio que se solicita para que deponga sobre el proceso de presentación de la facturación de la vigencia 2020, de las reclamaciones y la contestación de glosas de la factura radicada 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).

2.Interrogatorio de Parte

Se solicita que se cite al representante legal de la empresa demandante por **NANCY LEANDRA VELÁSQUEZ RODRÍGUEZ**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.032.034, o quien haga sus veces, y cuya dirección de notificación judicial es Calle 57 No. 9-07 de la ciudad de Bogotá D.C. y correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co.

Este interrogatorio se solicita para que de fe sobre el proceso de recepción de las reclamaciones y la imposición de glosa de la factura radicada durante la vigencia 2020. 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 fijan en el litigio.

3.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 en la notificación de las objeciones sobre las reclamaciones y la fecha de radicación de las facturas presentadas oportunamente.

VIII. ANEXOS

1. Poder conferido para actuar
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de la Sociedad **FABILU SAS**.
3. Registro Mercantil de la Clínica Colombia expedido por la Cámara de Comercio de Cali.

IX. NOTIFICACIONES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en la Calle 100 No. 9A – 45 Torre 1 Piso 12 de la ciudad de Bogotá D.C. y correo electrónico para notificaciones judiciales: notificaciones@solidaria.com.co - tratamientodatos@solidaria.com.co

La sociedad FABILU S.A.S, en la Carrera 46 # 9C-85 / Barrio los Cámbulos de Cali- Valle del Cauca Correo electrónico: financierocontable@clinicacolombiaes.com

Apoderado **LIZA MARIA CASTILLO CORREA** en la Avenida 3 E norte No. 59 N – 130 de la ciudad de Cali, o mediante notificación al correo electrónico liza.castilloc@gmail.com

Atentamente,

ENTIENDASE FIRMADO CON EL ENVÍO DE ESTE

LIZA MARIA CASTILLO CORREA

C.C. 34.330.968 de Popayán

T.P. No 384.344 del C.S.J.

liza.castilloc@gmail.com

APODERADO

ENTIENDASE FIRMADO CON EL ENVÍO DE ESTE

JORGE URIEL RUEDA ROMERO

C.C. No. 91.292.913 de Bucaramanga,

T.P. No 208.777 del C.S.J.

jorgeurielabogados@gmail.com

APODERADO SUPLENTE