Señores:

**JUZGADO PRIMERO LABORAL DEL CIRCUITO DE NEIVA**

E. S. D.

**Referencia:** PROCESO ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA

**Demandante:** CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**Demandado:** LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

**Radicación:** 41001310500120250016700

**Asunto:** CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116. del Consejo Superior de la Judicatura, quien actúa como representante legal de la firma G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S. a la cual le fue otorgado poder general por parte de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.,** dentro del término legal, manifiesto que mediante el presente libelo procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** impetrada por la sociedad CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA en contra de la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Lo anterior, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen en el presente escrito, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, de conformidad con lo que se consigna a continuación:

**CONSIDERACIÓN PRELIMINAR**

Respetuosamente, se pone de presente al despacho que, si bien en este acto se procede a dar contestación a la demanda, lo cierto es que, en el escrito de su presentación, la parte demandante suministró un enlace digital para acceder a las pruebas documentales del proceso, indicando que, debido al peso de los archivos, no le fue posible cargarlas directamente en la plataforma SIUGJ:



No obstante, el suscrito apoderado no logró acceder al mencionado enlace, toda vez que este redirige a una página de GMAIL que requiere proporcionar una cuenta de correo electrónico y gestionar una solicitud de acceso. Dicha solicitud fue tramitada oportunamente; sin embargo, la parte actora no concedió el acceso solicitado.

Adicionalmente, se hace notar que en la plataforma SIUGJ no reposan las pruebas documentales que la parte demandante pretende hacer valer en el proceso, lo que imposibilita su consulta y, por ende, impide el adecuado ejercicio del derecho de contradicción.

En tal sentido, y con el fin de garantizar el derecho fundamental al debido proceso, así como los principios de defensa y contradicción, se solicita comedidamente al despacho que, en caso de adelantarse un control de legalidad respecto del auto admisorio de la demanda y evidenciarse que se configuró una vulneración procesal, al haberse conferido traslado para contestar sin que la parte demandada tuviera acceso al acervo probatorio, se ordene a la parte demandante proporcionar el acceso efectivo a los documentos que pretende hacer valer como prueba. En consecuencia, se solicita que se conceda un nuevo término, igual al inicialmente previsto, para pronunciarnos de manera adecuada sobre dichas pruebas, mediante la presentación de la respectiva contestación.

**CAPÍTULO I**

**I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**Frente al hecho 1:** **NO ME CONSTA,** que la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA haya atendido a las personas referenciadas bajo el cubrimiento de las pólizas mencionadas. Tal afirmación corresponde a un hecho ajeno a mi representada y, en consecuencia, debe ser acreditado por la parte que lo alega, en el momento procesal oportuno y conforme a lo previsto en el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable al sub lite por remisión expresa del artículo 145 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

**Frente al hecho 2: NO ME CONSTA,** que la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA haya brindado atención a pacientes y con ocasión a ello se hayan librado las facturas indicadas. Tal afirmación corresponde a un hecho ajeno a mi representada y, en consecuencia, debe ser acreditado por la parte que lo alega, en el momento procesal oportuno y conforme a lo previsto en el artículo 167 del Código General del Proceso, aplicable al sub lite por remisión expresa del artículo 145 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

**Frente al hecho 3: NO ES CIERTO,** como se relata, lo anterior, por cuanto las facturas de los gastos médicos fueron objetadas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., en virtud de inconsistencias materiales y formales detectadas al momento de su revisión, mismas que no fueron subsanadas en debida forma y que permita verificar la efectiva prestación del servicio, su cobertura bajo la póliza correspondiente, o la existencia de los anexos exigidos legalmente.

Ahora bien, es de resaltar que el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece el término para el pago de reclamaciones derivadas del SOAT, disposición que señala expresamente que dicha obligación está supeditada al proceso de revisión y verificación por parte de la aseguradora, en aras de que esta pueda formular objeciones o aplicar glosas cuando ello resulte procedente.

En ese sentido, la normativa vigente faculta a la aseguradora para examinar el cumplimiento de los requisitos contractuales y legales antes de proceder al desembolso, de modo que no se trata de una obligación de pago incondicional ni automática. Así, el deber legal y constitucional de garantizar el pago de servicios de transporte prestados a personas amparadas por el SOAT debe observarse dentro de los límites del ordenamiento jurídico, en particular cuando los documentos que soportan la reclamación no cumplen a cabalidad con los requisitos establecidos en el artículo 422 del Código General del Proceso, pues las obligaciones reclamadas no son claras, expresas ni exigibles, por cuanto las facturas fueron objetadas válidamente por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. al presentar inconsistencias o irregularidades que generan incertidumbre frente al contenido y exigibilidad de la obligación.

**Frente al hecho 4: NO ES CIERTO,** como se relata, lo anterior, por cuanto las facturas de los gastos médicos fueron objetadas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., en virtud de inconsistencias materiales y formales detectadas al momento de su revisión, mismas que no fueron subsanadas en debida forma que permita verificar la efectiva prestación del servicio, su cobertura bajo la póliza correspondiente, o la existencia de los anexos exigidos legalmente.

Ahora bien, es de resaltar que el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece el término para el pago de reclamaciones derivadas del SOAT, disposición que señala expresamente que dicha obligación está supeditada al proceso de revisión y verificación por parte de la aseguradora, en aras de que esta pueda formular objeciones o aplicar glosas cuando ello resulte procedente.

Aunado a lo anterior, es menester señalar que, a la fecha, el demandante no ha presentado no ha radicado nuevamente la factura en debida forma, cumpliendo con los requisitos legales exigidos. En consecuencia, se entiende que las glosas fueron aceptadas en su integridad, lo cual exonera de cualquier responsabilidad a la aseguradora respecto del pago reclamado, de conformidad con lo previsto en el artículo 23 del Decreto 4747 de 2007.

**Frente al hecho 5: NO ES CIERTO,** como se relata, lo anterior, por cuanto las facturas de los gastos médicos fueron objetadas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., en virtud de inconsistencias materiales y formales detectadas al momento de su revisión, mismas que no fueron subsanadas en debida forma que permita verificar la efectiva prestación del servicio, su cobertura bajo la póliza correspondiente, o la existencia de los anexos exigidos legalmente.

Ahora bien, es de resaltar que el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece el término para el pago de reclamaciones derivadas del SOAT, disposición que señala expresamente que dicha obligación está supeditada al proceso de revisión y verificación por parte de la aseguradora, en aras de que esta pueda formular objeciones o aplicar glosas cuando ello resulte procedente.

Aunado a lo anterior, es menester señalar que, a la fecha, el demandante no ha presentado no ha radicado nuevamente la factura en debida forma, cumpliendo con los requisitos legales exigidos. En consecuencia, se entiende que las glosas fueron aceptadas en su integridad, lo cual exonera de cualquier responsabilidad a la aseguradora respecto del pago reclamado, de conformidad con lo previsto en el artículo 23 del Decreto 4747 de 2007.

En ese sentido, del análisis de las pruebas documentales aportadas por la parte demandante, es posible concluir que no se configura una obligación clara, expresa y exigible en los términos del artículo 422 del Código General del Proceso, razón por la cual no puede afirmarse válidamente que haya vencido plazo alguno para el pago.

**Frente al hecho 6: NO ME CONSTA por cuanto NO ES UN HECHO,** es una apreciación subjetiva que hace la sociedad demandante por lo que no podrá contestarse de manera afirmativa o negativa y por lo tanto deberá ser probado por la parte interesada en el momento oportuno de conformidad con artículo 167 del Código General del Proceso aplicable por analogía y por disposición expresa del artículo 145 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

**Frente al hecho 7: NO ME CONSTA** por cuanto es un hecho ajeno a mi representada, por lo que debe ser probado por la parte interesada en el momento oportuno de conformidad con artículo 167 del Código General del Proceso aplicable por analogía y por disposición expresa del artículo 145 del Código de Procedimiento del Trabajo y de la Seguridad Social.

**II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

Me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda, por cuanto no existe obligación alguna a cargo de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. en relación con el pago de las facturas allegadas por la parte demandante.

En primer lugar, los documentos con los que se pretende sustentar dicha reclamación, esto es, las facturas presuntamente radicadas ante mi representada no cumplen con los requisitos formales exigidos para constituir una obligación clara, expresa y exigible, conforme a lo dispuesto en el artículo 774 del Código de Comercio y el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016.

Lo anterior, por cuanto tales facturas fueron oportunamente objetadas por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., en virtud de inconsistencias materiales y formales detectadas al momento de su revisión, sin que se hayan subsanado dichas glosas o que permita verificar la efectiva prestación del servicio, su cobertura bajo la póliza correspondiente, o la existencia de los anexos exigidos legalmente.

Ahora bien, es de resaltar que el artículo 41 del Decreto 056 de 2015 establece el término para el pago de reclamaciones derivadas del SOAT, disposición que señala expresamente que dicha obligación está supeditada al proceso de revisión y verificación por parte de la aseguradora, en aras de que esta pueda formular objeciones o aplicar glosas cuando ello resulte procedente.

En ese sentido, la normativa vigente faculta a la aseguradora para examinar el cumplimiento de los requisitos contractuales y legales antes de proceder al desembolso, de modo que no se trata de una obligación de pago incondicional ni automática. Así, el deber legal y constitucional de garantizar el pago de servicios de transporte prestados a personas amparadas por el SOAT debe observarse dentro de los límites del ordenamiento jurídico, en particular cuando los documentos que soportan la reclamación no cumplen a cabalidad con los requisitos establecidos en el artículo 422 del Código General del Proceso, pues las obligaciones reclamadas no son claras, expresas ni exigibles, por cuanto las facturas fueron objetadas válidamente por LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. al presentar inconsistencias o irregularidades que generan incertidumbre frente al contenido y exigibilidad de la obligación.

En este contexto, es preciso advertir que al presente asunto no le resultan aplicables los términos de prescripción trienal consagrados en los artículos 488 del Código Sustantivo del Trabajo y 151 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, por tratarse de una controversia de naturaleza comercial derivada de la ejecución del contrato de seguro obligatorio de accidentes de tránsito – SOAT.

Ahora bien, y con el fin de brindar una respuesta detallada y estructurada a las pretensiones formuladas en el escrito de demanda, me permito realizar un pronunciamiento individual respecto de cada una de ellas, en los siguientes términos:

**A LA PRIMERA:** **ME OPONGO** a la declaración de esta pretensión, toda vez que existe una evidente inexistencia de obligación a cargo de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. respecto del pago de las facturas allegadas por la entidad demandante.

En primer lugar, los documentos con fundamento en los cuales se pretende el pago -esto es, las facturas presuntamente presentadas por la parte demandante- no cumplen con los requisitos formales de un título ejecutivo, en la medida en que no contienen una obligación clara, expresa y exigible, conforme a lo previsto en el artículo 774 del Código de Comercio y en el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016. Cabe señalar que dichas facturas fueron debidamente objetadas por mi representada, en ejercicio legítimo de su facultad de revisión, ante la omisión o deficiencia de requisitos legales esenciales.

Adicionalmente, es necesario enfatizar que, para acreditar la existencia de una obligación exigible a cargo de la aseguradora, se requiere la presentación de un título complejo, compuesto por el conjunto de documentos que integran la reclamación ante el asegurador en el marco del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). De conformidad con la normativa vigente, dicha reclamación debe incluir, entre otros:

i) el Formulario Único de Reclamación de Accidentes de Tránsito – FURIPS debidamente diligenciado;

ii) la epicrisis de atención médica;

iii) la historia clínica o resumen médico de atención; y

iv) la factura correspondiente a los servicios e insumos prestados.

Por tanto, la sola presentación de la factura, desprovista del soporte documental completo, no tiene vocación de constituir título ejecutivo alguno. En ese sentido, no puede prosperar una condena contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. basada exclusivamente en dichas facturas, pues las mismas no conforman un título ejecutivo válido que permita estructurar obligaciones claras, expresas y exigibles en su contra.

Ahora bien, debe tenerse en cuenta que, en virtud del artículo 2.6.1.4.3.10 del Decreto 780 de 2016, el pago de las reclamaciones derivadas del SOAT se encuentra sujeto a un proceso de revisión y verificación técnica y jurídica por parte de la aseguradora, con el fin de constatar el cumplimiento de los requisitos contractuales y normativos. Esta facultad permite a la aseguradora formular objeciones y aplicar glosas justificadas, lo que excluye cualquier entendimiento según el cual el pago constituya una obligación automática e incondicional.

En el caso concreto, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. ejerció debidamente su facultad de revisión, formulando objeciones y glosas frente a las facturas presentadas, debido a las inconsistencias detectadas, las cuales fueron oportunamente informadas a la parte demandante. En consecuencia, los documentos que sirven de base a la presente ejecución no satisfacen los requisitos del artículo 422 del Código General del Proceso, y por tanto no permiten estructurar una obligación ejecutiva en cabeza de mi representada.

Así las cosas, se reitera que las obligaciones aquí discutidas no son claras, expresas ni exigibles, habida cuenta de que los documentos fueron debidamente objetados por EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. al no reunir los requisitos legales exigidos, y al presentar irregularidades sustanciales que generan incertidumbre respecto de su validez. A continuación, se exponen dichas inconsistencias:

**A LA SEGUNDA:** **ME OPONGO** a la declaración de esta pretensión, toda vez que existe una evidente inexistencia de obligación a cargo de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. respecto del pago de las facturas allegadas por la entidad demandante.

En primer lugar, los documentos con fundamento en los cuales se pretende el pago -esto es, las facturas presuntamente presentadas por la parte demandante- no cumplen con los requisitos formales de un título ejecutivo, en la medida en que no contienen una obligación clara, expresa y exigible, conforme a lo previsto en el artículo 774 del Código de Comercio y en el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016. Cabe señalar que dichas facturas fueron debidamente objetadas por mi representada, en ejercicio legítimo de su facultad de revisión, ante la omisión o deficiencia de requisitos legales esenciales.

Adicionalmente, es necesario enfatizar que, para acreditar la existencia de una obligación exigible a cargo de la aseguradora, se requiere la presentación de un título complejo, compuesto por el conjunto de documentos que integran la reclamación ante el asegurador en el marco del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). De conformidad con la normativa vigente, dicha reclamación debe incluir, entre otros:

i) el Formulario Único de Reclamación de Accidentes de Tránsito – FURIPS debidamente diligenciado;

ii) la epicrisis de atención médica;

iii) la historia clínica o resumen médico de atención; y

iv) la factura correspondiente a los servicios e insumos prestados.

Por tanto, la sola presentación de la factura, desprovista del soporte documental completo, no tiene vocación de constituir título ejecutivo alguno. En ese sentido, no puede prosperar una condena contra LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. basada exclusivamente en dichas facturas, pues las mismas no conforman un título ejecutivo válido que permita estructurar obligaciones claras, expresas y exigibles en su contra.

Ahora bien, debe tenerse en cuenta que, en virtud del artículo 2.6.1.4.3.10 del Decreto 780 de 2016, el pago de las reclamaciones derivadas del SOAT se encuentra sujeto a un proceso de revisión y verificación técnica y jurídica por parte de la aseguradora, con el fin de constatar el cumplimiento de los requisitos contractuales y normativos. Esta facultad permite a la aseguradora formular objeciones y aplicar glosas justificadas, lo que excluye cualquier entendimiento según el cual el pago constituya una obligación automática e incondicional.

**A LA TERCERA: ME OPONGO** a que mi representada asuma condenas respecto al pago de las costas y agencias en derecho toda vez que el litigio aquí planteado, no se presenta en razón al incumplimiento de una obligación a cargo de la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

**CAPÍTULO III**

**EXCEPCIONES DE MERITO DE LA DEMANDA**

1. **INEXISTENCIA DE PRUEBA DEL DERECHO, POR FALTA DE ALEGACIÓN PROBATORIA POR PARTE DEL DEMANDANTE**

Al respecto es preciso señalar que, la parte demandante aduce en el acápite de pruebas en el escrito de la demanda, que anexa los títulos de cobro con detalle de cargos, formularios, epicrisis, copia de la póliza y demás documentos anexos de las facturas, no obstante, brillan por su ausencia, toda vez que, aduce se encuentran en un enlace dispuesto para tal fin, mismo que no redirecciona a los archivos que relaciona.

De conformidad con el Artículo 167 del Código General del Proceso, la carga de la prueba recae sobre quien afirma los hechos que configuran su pretensión o la excepción que formula:

*"Artículo 167. Carga de la prueba.*

*Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.*

*La parte que pretenda demostrar un hecho deberá aportar oportunamente al proceso los medios de prueba que le permitan acreditar su existencia, salvo que por ley no le corresponda probarlo.”*

En el presente caso, corresponde a la parte demandante acreditar los hechos que sustentan sus pretensiones. Por lo anterior, es claro que, las pruebas base de los fundamentos facticos y pretensiones no fueron incluidas en el momento procesal oportuno, careciendo de sustento probatorio para alegar el supuesto incumplimiento de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC y, asimismo, no pudiendo en representación de aquella ejercer defensa y contradicción sobre pruebas inexistentes.

En este contexto, la ausencia de los documentos que la parte actora afirma haber anexado, pero que no obran en el expediente ni son accesibles mediante el enlace digital indicado, impide verificar la existencia y exigibilidad de la obligación reclamada.

La falta de prueba del derecho alegado no solo constituye una falla en el cumplimiento de la carga probatoria, sino que también impide que esta parte pueda ejercer su derecho fundamental a la defensa y contradicción, tal como lo consagra el Artículo 29 de la Constitución Política.

En conclusión, existe un incumplimiento probatorio por parte de la activa, cuyo único fundamento es el propio dicho, por tanto, ante la ausencia de los elementos probatorios que aduce en el acápite de pruebas, no es posible endilgar responsabilidad alguna a mi representada.

1. **PAGO TOTAL POR PARTE DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. DE LAS FACTURAS OBJETO DEL PRESENTE PROCESO LABORAL**

Es deber de esta parte poner de presente al Despacho que, contrario a lo afirmado en el libelo introductorio, las facturas que sirven de base al presente proceso y respecto de las cuales se pretende el pago, ya han sido objeto de pago total y/o parcial por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. En efecto, conforme se demostrará en el curso del proceso, existen pagos efectuados válidamente sobre dichas facturas, realizados conforme a los usos y costumbres mercantiles propios del sector asegurador. Estos pagos fueron canalizados a través de los medios ordinarios, y sobre ellos existen registros contables y bancarios que reposan en poder de las partes, lo que evidencia el cumplimiento de las obligaciones que se pretende hacer valer. Tales circunstancias impactan de forma directa la certeza del título en que se funda la presente acción, generando incertidumbre sobre la existencia, exigibilidad y monto actual de la obligación reclamada, elementos esenciales para la procedencia de la presente acción. Así las cosas, resulta evidente que la totalidad de lo reclamado en este proceso no corresponde a una deuda actual, clara, expresa y exigible, pues el supuesto saldo pendiente de pago, de existir, debe ser objeto de una depuración contable que confronte las facturas reclamadas con los pagos efectivamente realizados en el marco de la relación sostenida entre las partes.

Al respecto se evidencias los siguientes pagos, conforme las objeciones y glosas ratificadas:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTADO GENERAL** | **CANTIDAD FACTS** | **VALOR COBRADO ENTIDAD**  |  **VALOR CANCELADO** |  **VALOR OBJECION** |  **VALOR OBJECION ACEPTADA** |  **VALOR SIN REGISTRO** |
| NO REGISTRA EN LA BASE DE DATOS SOAT | 7 | $ 10.073.719 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 10.073.719 |
| OBJECION PARCIAL RATIFICADA | 22 | $ 68.159.465 | $ 47.472.244 | $ 20.679.121 | $ 8.100 | $ 0 |
| OBJECION TOTAL | 1 | $ 71.500 | $ 0 | $ 71.500 | $ 0 | $ 0 |
| SOLICITUD DE DOCUMENTOS | 1 | $ 12.281.614 | $ 0 | $ 12.281.614 | $ 0 | $ 0 |
| **Total general** | **31** | **$ 90.586.298** | **$ 47.472.244** | **$ 33.032.235** | **$ 8.100** | **$ 10.073.719** |

Ante este panorama, es preciso indicar que la legislación nacional ha considerado como la forma por excelencia de extinguir las obligaciones, el pago de las mismas. Lo anterior, al tenor de lo señalado por el artículo 1625 del C.G.P:

*“ARTÍCULO 1625. <MODOS DE EXTINCION>. Toda obligación puede extinguirse por una convención en que las partes interesadas, siendo capaces de disponer libremente de lo suyo, consientan en darla por nula.*

*Las obligaciones se extinguen además en todo o en parte:*

***1o.) Por la solución o pago efectivo.***

*2o.) Por la novación.*

*3o.) Por la transacción.*

*4o.) Por la remisión.*

*5o.) Por la compensación.*

*6o.) Por la confusión.*

*7o.) Por la pérdida de la cosa que se debe.*

*8o.) Por la declaración de nulidad o por la rescisión.*

*9o.) Por el evento de la condición resolutoria.*

*10.) Por la prescripción.*

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

En suma, las obligaciones que sirven de fundamento a la presente acción han sido objeto de pago total por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., conforme a los usos y canales ordinarios del sector asegurador, lo cual será debidamente probado en el proceso. Tal circunstancia afecta la certeza, exigibilidad y monto de la obligación reclamada, impidiendo que pueda considerarse una deuda clara, expresa y actualmente exigible, como exige la ley. De conformidad con el artículo 1625 del Código Civil, el pago es el principal modo de extinción de las obligaciones, razón por la cual la existencia de pagos válidamente realizados, y no descontados por la parte actora, constituye un hecho impeditivo del derecho pretendido y, en consecuencia, debe conducir al rechazo de las pretensiones o al reconocimiento de la excepción de pago, evitando así un enriquecimiento sin causa en perjuicio de esta parte.

1. **PRESCRIPCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO (ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO) – A CREDITACIÓN DE LOS PRESUPUESTOS DEL ART. 94 DEL C.G.P.**

La presente excepción se formula en atención a que LA CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA solicita el pago correspondiente a facturas relacionadas con la atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, fundamentando su reclamación en los amparos contemplados en el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) respecto a dicha atención brindada en diversas ocasiones. Es importante destacar que el SOAT se encuentra regulado por el Decreto 056 de 2015, el cual establece que la prescripción de las acciones derivadas de este seguro se rige por el término ordinario señalado en el artículo 1081 del Código de Comercio, disponiendo además que el cómputo del término prescriptorio inicia desde el momento en que se prestó la atención médica o desde el egreso del paciente de la institución de salud. Por lo tanto, atendiendo a esta normativa, debe analizarse si el plazo prescriptorio ha sido cumplido, caso en el cual se configuraría la prescripción y, en consecuencia, la acción sería improcedente.

Conforme a lo anterior, resulta pertinente traer a colación lo establecido en el artículo 11 del Decreto 056 de 2015 referente al término con el que cuentan los prestadores de salud para presentar la reclamación respectiva ante la compañía aseguradora:

***“Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones.*** *Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:*

1. *Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;*

1. ***Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.”*** (subrayado fuera del texto original)

De forma complementaria, el artículo 41 del mismo Decreto establece las condiciones generales del SOAT en las cuales incluye el término de prescripción ya referido en los siguientes términos:

***“Artículo 41. Condiciones del SOAT.*** *Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:*

1. ***Pago de reclamaciones.*** *Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT,* ***ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:***

* 1. ***La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica***

***que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud. (…)*** (subrayado fuera del texto original)

Teniendo en cuenta que las normas que regulan la reclamación ante la compañía aseguradora en temas relacionados con el SOAT remiten a la legislación comercial sobre la prescripción, debe recordarse que el artículo 1081 del Código de Comercio establece el término para la prescripción ordinaria y su contabilización en los siguientes términos:

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

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

*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. (…)”* (subrayado fuera del texto original)

De esta forma, se tiene que el término de la prescripción para que la entidad prestadora del servicio de salud efectúe la reclamación respectiva a la aseguradora es de 2 años, los cuales deben contarse a partir de la prestación del servicio a la víctima del accidente de tránsito o desde su egreso de dicha institución, postura que ha sido respaldada por la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC-3075 de 2024:

*“(…) En suma, la prescripción ordinaria de las acciones ejecutivas y declarativas con que cuentan las IPS para reclamar el pago del amparo de gastos de salud del SOAT* ***será de dos años, contados a partir del momento en que dicha IPS «haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción», lo cual, según la regulación especializada, sucede cuando la víctima del accidente de tránsito «fue atendida o (...) egresó de la institución prestadora». (…)”*** (subrayado fuera del texto original)

Añádase que, con miras a precisar el cómputo del término prescriptivo mencionado, el artículo 2.6.1.4.4.1. del Decreto 780 de 2016 dispuso lo siguiente:

*«Son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes: 1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:*

*1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.*

*1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.*

*1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.*

*1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima».*

La disposición anterior no establece un régimen prescriptivo especial, ni aporta nuevos elementos a la regla del artículo 1081 del estatuto mercantil, pero, dentro de su ámbito regulatorio, precisa dos cuestiones relevantes: de un lado, que la reclamación debe presentarse antes de que fenezca el término de prescripción de las obligaciones que se reclaman, y, de otro, que el «conocimiento del hecho que da base a la acción» de la IPS –hito inicial de la prescripción ordinaria– es equivalente a la fecha en la que «la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora».

Descendiendo al caso concreto, se observa que las facturas objeto de este litigio fueron emitidas con ocasión a servicios médicos prestados en virtud de los amparos contemplados en contratos de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT–. En consecuencia, resulta aplicable el régimen especial de prescripción previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, el cual establece tanto la prescripción ordinaria como la extraordinaria. Dicho término prescriptivo es de dos (2) años y, conforme lo dispone el artículo 41 del Decreto 056 de 2015, su cómputo se inicia desde la fecha en que la víctima fue atendida o egresó de la institución de salud que prestó los servicios, según sea el caso.

1. **INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO DERIVADA DE LA TOTALIDAD DE LAS FACTURAS OBJETO DE DEMANDA, COMO QUIERA QUE LA PARTE DEMANDANTE NO SUBSANÓ LAS GLOSAS FORMULADAS POR MI REPRESENTADA, CONFORME AL ARTÍCULO 23 DEL DECRETO 4747 DE 2007 Y, POR TANTO, DICHAS GLOSAS U OBJECIONES, SE ENTENDERÁN ACEPTADAS POR EL DEMANDANTE.**

De conformidad con lo establecido en el artículo 2.6.1.4.3.10 del Decreto 780 de 2016, las compañías de seguros habilitadas para operar el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) deben, antes de proceder con el reconocimiento y pago de una reclamación, verificar la procedencia del amparo solicitado. Ello implica la obligación de constatar la ocurrencia del siniestro, la calidad de víctima o beneficiario, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término legal y la inexistencia de un pago previo por el mismo concepto. En tal sentido, no puede afirmarse que las aseguradoras se encuentren obligadas a pagar toda reclamación presentada sin someterla a un análisis previo de legalidad y procedencia, máxime cuando el artículo 23 del Decreto 4747 de 2007 contempla expresamente el trámite de glosas, el cual faculta a las entidades responsables del pago para objetar las cuentas médicas que presenten inconsistencias, otorgando a las prestadoras del servicio un término de quince (15) días hábiles para su correspondiente subsanación. Así las cosas, en el caso sub examine no puede predicarse la existencia de obligación alguna pendiente de pago a cargo de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., toda vez que las facturas presentadas por CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA fueron debidamente objetadas y glosadas en su totalidad, sin que la parte actora hubiese procedido a corregir o subsanar las observaciones formuladas. En consecuencia, las glosas se entienden aceptadas por silencio y, por tanto, no puede derivarse de ellas el nacimiento de obligación exigible alguna en contra de mi representada.

De conformidad con lo anterior, es menester traer a colación el Artículo 2.6.1.4.3.10. del Decreto 780 de 2016, el cual prevé:

*“ARTÍCULO**2.6.1.4.3.10 Verificación de requisitos.  Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este capítulo y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.”*

De la normatividad expuesta se concluye que la obligación de la aseguradora no es automática y, por lo tanto, una vez se radiquen los documentos preestablecidos en el ordenamiento para sustentar una reclamación con cargo a la cobertura de gastos médicos del SOAT, la aseguradora correspondiente podrá (i) proceder al pago, o (ii) negarse a hacerlo, objetando la reclamación.

El artículo 23 del Decreto 4747 de 2007 prevé el trámite de glosas generadas por las entidades responsable de pago en cambio de los servicios de salud suministrados por los prestadores de tales servicios, veamos:

***Artículo 23****. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.* ***El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.*** *En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.*

En virtud de lo anterior y tal como lo tiene dicho el Ministerio de Salud y Protección Social *“Si el prestador no responde las glosas en el término establecido, la entidad responsable del pago no estará obligada a cancelar”[[1]](#footnote-1).*

En el caso concreto, es necesario indicar que mi representada, formuló las respectivas glosas y objetó la totalidad de las facturas emitidas por la sociedad demandante. Razón por la que, conforme a la normativa transcrita, las siguientes objeciones se entienden ACEPTADAS y por lo mismo NO EXISTE OBLIGACIÓN DE PAGO PENDIENTE A CARGO DE MI PROCURADA.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **FACTURA** | **RECLAMACION** | **FECHA RECEPCION** | **ESTADO GENERAL** | **OBSERVACION** |
| 1 | 167533 | 20335605 | 7/04/2025 | OBJECION TOTAL | Se objeta por no cubierto SOAT de acuerdo con auditoría interna realizada al propietario señor Kevin Santiago Trujillo donde confirma que su moto de placa bmy12f no ha estado involucrada en ningún accidente de tránsito en el 2024 y no conoce al lesionado. |
| 2 | 167626 | 20335608 | 7/04/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 07/04/2025, en donde aportan oficio de no aceptación, se les informa que se sostiene objeción parcial generada por concepto de 39143 no pertinente se homologa a cod 39132 según lo reportado en la hc asi mismo 21715, 21717, 21712, dos 21102 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos que no justifican su toma además un 21701 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos clónicos y sin déficit ni alteración neurológica que soporten su realización.  |
| 3 | 167627 | 20334951 | 31/03/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 31/03/2025, en donde aportan oficio de no aceptación, se les informa que se sostiene objeción parcial generada por concepto de 39137, 39139 de acuerdo con lo dispuesto en el art. 48 parágrafo 1 decreto 2423 de 1996  |
| 4 | 168512 | 20339823 | 14/05/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 14/05/2025, en donde aportan oficio de no aceptación, se les informa que se sostiene objeción parcial generada por concepto de tres 21602 cobro no justificado de acuerdo con uso en salas así mismo 21101 no pertinente se lleva a cabo imagen intraquirurgica además 39137 de acuerdo con lo dispuesto en el art. 48 parágrafo 1 decreto 2423 de 1996 al igual 39139 de acuerdo con lo dispuesto en el art. 48 parágrafo 1 decreto 2423 de 1996 también humidificador mascara de oxígeno mascara facial, vendas, mascara laríngea, no pertinentes hacen parte de los insumos de los procedimientos realizados.  |
| 5 | 167707 | 20335609 | 7/04/2025 | SOLICITUD DE DOCUMENTOS | Aportar imágenes diagnosticas resonancia diagnostica prequirúrgica para validar pertinencia y cobro de conceptos facturados.  |
| 6 | 168516 | 20336461 | 14/04/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 14/04/2025, en donde manifiestan la no aceptación, se les informa que se ratifica objeción generada por vendas incluidas en materiales quirúrgicos, 39139/ 39137 de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 48 parágrafo 1 decret 2423 de 1996 |
| 7 | 168913 | 20339829 | 14/05/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 14/05/2025, en donde manifiestan la no aceptación, se les informa que se ratifica objeción por 21706 21712 21715 por no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos  |
| 8 | 168914 | 20337400 | 21/04/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 21/04/2025, en donde aportan oficio de no aceptación, se les informa que se sostiene objeción parcial generada por concepto de 39137, 39139 de acuerdo con lo dispuesto en el art. 48 parágrafo 1 decreto 2423 de 1996 así mismo humidificador mascara de oxígeno mascara laríngea mascara facial no pertinentes hacen parte de los insumos de los procedimientos realizados.  |
| 9 | 168982 | 20339830 | 14/05/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 14/05/2025, en donde aportan oficio de no aceptación, se les informa que se sostiene objeción parcial generada por concepto de 21712, 21715, 21717 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos que no justifican su toma así mismo 39137 de acuerdo con lo dispuesto en el art. 48 parágrafo 1 decreto 2423 de 1996 además 39139 de acuerdo con lo dispuesto en el art. 48 parágrafo 1 decreto 2423 de 1996 al igual agujas hipodérmicas por no evidencia de su uso y no pertinentes ya que las jeringas incluyen aguja también 1 cloruro de sodio 500ml incluido en derechos de sala de curaciones, articulo 54 parágrafo 1  |
| 10 | 168996 | 20339645 | 13/05/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 13/05/2025, en donde aportan oficio de no aceptación, se les informa que se sostiene objeción parcial generada por concepto de 39137, 39139 de acuerdo con lo dispuesto en el art. 48 parágrafo 1 decreto 2423 de 1996 así mismo tres 21602 cobro no justificado de acuerdo con uso en salas.  |
| 11 | 167430 | 20334949 | 31/03/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 31/03/2025, en donde aportan oficio de no aceptación, se les informa que se sostiene objeción parcial generada por concepto de 39143 no pertinente se homologa a cod 39132 según lo reportado en historia clínica |
| 12 | 167429 | 20334948 | 31/03/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 31/03/2025, en donde manifiestan la no aceptación, se les informa que se ratifica objeción parcial por dos 21102 fémur y pierna por no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos clínicos descritos que no justifican su toma  |
| 13 | 168581 | 20339824 | 14/05/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 14/05/2025, en donde manifiestan la no aceptación ,se les informa que se ratifica objeción por 39137 de acuerdo con lo dispuesto en el art. 48 parágrafo 1 decreto 2423 de 1996, de la misma manera se sostiene objeción por electrodos, humidificador, mascara, agujas, jeringa, nelaton, tubo no pertinentes hacen parte de los insumos de los procedimientos realizados de manera ambulatoria, de la misma manera se sostiene objeción por cloruro, diclofenaco, tramadol, cefazolina no pertinentes hacen parte de los insumos de los procedimientos realizados de manera ambulatoria  |
| 14 | 167431 | 20334950 | 31/03/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 31/03/2025, en donde aportan oficio de no aceptación, se les informa que se sostiene objeción parcial generada por concepto de 21717 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos que no justifican su toma así mismo un 21701 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos clínicos y sin déficit ni alteración neurológica que soporten su realizaciÃ³n.  |
| 15 | 167713 | 20335611 | 7/04/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 07/04/2025 en donde manifiestan la no aceptación ,se les informa que se ratifica objeción parcial por cuatro 21102 fémur y pierna bilateral no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos que no justifican su toma, de la misma manera se sostiene objeción por 21105 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos que no justifican su toma, de la misma forma 21715 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos que no justifican su toma, al igual no se reconoce no pertinente se homologa a cod 39132 según lo reportado en la historia clínica de la misma manera se sostiene objeción por consulta ambulatoria medicina especializada no se reconoce no pertinente se homologa a cod 39132 según lo reportado en la historia clínica  |
| 16 | 168642 | 20337396 | 21/04/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 21/04/2025, en donde manifiestan la no aceptación, se les informa que se ratifica objeción generada por 39139/ 39137 no pertinente paciente quirúrgico  |
| 17 | 167949 | 20335616 | 7/04/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 07/04/2025, en donde manifiestan la no aceptación ,se les informa que se ratifica objeción parcial por un 21102 pierna no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos clínicos descritos que no justifican su toma, de la misma manera se sostiene objeción por un 21712 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos que no justifican su toma, al igual se sostiene objeción 39140 en su lugar se reconoce un 39132 según valoración solicitada de acuerdo con art.76 decreto 2423/96, finalmente cloruro de sodio 500ml por no evidencia de su uso y/o administración.$4892.  |
| 18 | 167775 | 20335613 | 7/04/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 07/04/2025, en donde aportan oficio de no aceptación, se les informa que se sostiene objeción parcial generada por concepto de un 21102 pierna no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos clínicos descritos que no justifican su toma así mismo un 21701 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos clínicos y sin déficit ni alteración neurológica que soporten su realización además un 21706, un 21717 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos clínicos descritos que no justifican su toma al igual 39140 en su lugar se reconoce un 39132 según valoración solicitada de acuerdo con art.76 decreto 2423/96.  |
| 19 | 167820 | 20334952 | 31/03/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 31/03/2025, en donde manifiestan la no aceptación, se les informa que se ratifica objeción parcial por dos 21102 fémur y pierna por no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos clínicos descritos que no justifican su toma  |
| 20 | 167863 | 10088352 | 21/04/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 07/04/2025, en donde aportan oficio de no aceptación, se les informa que se sostiene objeción parcial generada por concepto de 39137, 39139 de acuerdo con lo dispuesto en el art. 48 parágrafo 1 decreto 2423 de 1996 así mismo 39103, 39207, 39302, 15183 se reconoce de acuerdo a tarifa SOAT vigente  |
| 21 | 167862 | 20335614 | 7/04/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 07/04/2025, en donde manifiestan la no aceptación, se les informa que se ratifica objeción generada por 21101/ 21102/ 19290/ 19749 no pertinente ni justificado de acuerdo con el diagnóstico y cuadro clínico descrito, 19827/, 199558/, 39143/, 39145/ 38124 se liquida valor tarifario SOAT vigente, 39140 no pertinente se trata de primer valoración por especializada tratante y no de interconsulta entre especialidades se homologa a 39132 de acuerdo a decreto 2423 de 1996 articulo 76, agujas por no evidencia de uso y no pertinente ya que las jeringas incluyen aguja  |
| 22 | 168705 | 20341239 | 26/05/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 26/05/2025, en donde aportan oficio de no aceptación, se les informa que se sostiene objeción parcial generada por concepto de 21712, 21715 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos que no justifican su toma así mismo 39140 en su lugar se reconoce un 39132 según valoración solicitada de acuerdo con art.76 decreto 2423/96 además 21105, 21142, 19062, 19169, 19170, 19290, 19304, 19775, 19827, 19933, 19934, 19958, 19749, 39145, 38124 se liquida de acuerdo a tarifa SOAT  |
| 23 | 168731 | 20339828 | 14/05/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 14/05/2025, en donde manifiestan la no aceptación, se les informa que se ratifica objeción por dos 21102 fémur y pierna no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos que no justifican su toma, de la misma manera se sostiene objeción por no se reconoce 21712 no pertinente su realización teniendo en cuenta hallazgos descritos que no justifican su toma.  |
| 24 | 168627 | 20337395 | 21/04/2025 | OBJECION PARCIAL RATIFICADA | De acuerdo con la respuesta recibida el 21/04/2025, en donde manifiestan la no aceptación, se les informa que se ratifica objeción generada por 21102 no pertinente ni justificado de acuerdo con el diagnóstico y cuadro clínico descrito, 39140 no pertinente se trata de primera valoración por especializada tratante y no de interconsulta entre especialidades se homologa a 39132 de acuerdo a decreto 2423 de 1996 articulo 76  |
| 25 | 168207 |   |   | NO REGISTRA EN LA BASE DE DATOS SOAT |   |
| 26 | 168208 |   |   | NO REGISTRA EN LA BASE DE DATOS SOAT |   |
| 27 | 168580 |   |   | NO REGISTRA EN LA BASE DE DATOS SOAT |   |
| 28 | 168309 |   |   | NO REGISTRA EN LA BASE DE DATOS SOAT |   |
| 29 | 168445 |   |   | NO REGISTRA EN LA BASE DE DATOS SOAT |   |
| 30 | 168218 |   |   | NO REGISTRA EN LA BASE DE DATOS SOAT |   |
| 31 | 168405 |   |   | NO REGISTRA EN LA BASE DE DATOS SOAT |   |

En este punto es de suma importancia que en el presente asunto nos encontramos frente a una negación indefinida. Es decir, será la parte demandante quien deba demostrar que si respondieron en tiempo y forma a las glosas y devoluciones hechas a cada una de las facturas presentadas ante mi representada., y que hoy son objeto de litigio.

Es menester señalar que al tenor literal del artículo 167 del Código General del Proceso en su último inciso, *los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba.* Frente al concepto o noción de afirmación o negación indefinida la Sección Segunda del Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo C.P. Álvaro Lecompte Luna se pronunció en Sentencia de 7 de octubre de 1992 indicando lo siguiente:

*“Sobre este aspecto han sido unánimes las jurisprudencias de la Corte Suprema de Justicia y del Consejo de Estado al, considerar que las afirmaciones o* ***negaciones indefinidas*** *son aquellas que ni indirecta o implícitamente conllevan ninguna afirmación o negación opuesta; que no sólo son indeterminables en el tiempo y en el espacio, sino que, en la práctica no son susceptible de probar por medio alguno”[[2]](#footnote-2).*

Así las cosas, como se demostrará en el transcurso del proceso, mi representada formuló oportunamente glosas en contra de todas y cada una de las facturas cuyo incumplimiento demanda la parte actora, codificaciones todas estas que se encuentran previstas en el anexo técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009. En virtud de lo anterior, correspondía a CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, subsanar las glosas, aceptarlas o justificar que no tenían lugar. No obstante, como aquello no ocurrió, es entendido que tales inconformidades fueron ACEPTADAS por el demandante y por lo mismo, no existe ninguna obligación de pago a cargo de mi procurada.

Precisamente frente a este particular se pronuncia el artículo 2.5.3.4.4.2 del Decreto 780 de 2016, en el cual se señala lo siguiente

*“La aceptación de las glosas por parte del prestador de servicio de salud ocurre de forma expresa cuando dicha entidad informa de ello a la entidad responsable de pago, o de forma tácita, si transcurridos los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el prestador de servicio de salud no se pronuncia respecto de las glosas formuladas”*.

En efecto, y al tenor de lo hasta ahora expuesto, CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, no tiene ni ha aportado en el proceso prueba que demuestre que se procuró de manera oportuna frente a las glosas, por lo cual, nos estaríamos enfrentando a un escenario donde operó una aceptación táctica de las glosas, y de allí entonces que el pago de las facturas de venta que sustentan las pretensiones de la demanda sea nulo o inexistencia.

Conforme a lo expuesto, solicito sea declarada como probada esta excepción.

1. **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. POR CUANTO NO SE CUMPLEN LOS REQUISITOS DEL DECRETO ÚNICO DEL SECTOR SALUD DPREVISTOS EN EL DECRETO 780 DE 2016.**

El Decreto 780 del 06 de mayo de 2016 dispuso en su artículo 2.5.3.4.10 que los prestadores del servicio de salud deben presentar a las entidades responsables de pago las facturas con los soportes que acrediten su causación, documentos que se encuentran referenciados en el Art. 2.6.1.4.2.20 del mismo Decreto, lo anterior so pena de que se genere la inexistencia de obligación. Para el caso en concreto, la entidad demandante pretende el pago de unas facturas que no están acompañadas de los respectivos soportes previstos en la normatividad vigentes, razón por la que es claro que no se cumplen a cabalidad con los requisitos mínimos, generándose así una inexistencia de obligación en cabeza de mi representada EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

Al respecto, el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016 reza:

***“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.” 5*(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

De conformidad con lo anterior, es claro que la responsabilidad de la compañía de seguros no es automática e inmediata, sino que, esta tiene la posibilidad de verificar que el servicio que se está cobrando en efecto fue prestado o si tiene cobertura de conformidad con las particularidades de la Póliza, por esta razón, es deber de la entidad prestadora del servicio presentar la totalidad de documentos necesarios y exigidos por la ley en aras de que se genere la obligación a cargo de la aseguradora. No obstante, si la entidad prestadora no remite a cabalidad la totalidad de los documentos, no puede nacer obligación alguna pues no se acredita la causación del pago.

Para el caso de marras, véase que de la totalidad de las facturas presentadas se generaron objeciones toda vez que (i) se requirieron documentos adicionales para la procedencia del pago, o (ii) de los soportes presentados no se evidencia la prestación del servicio o (iii) el mismo no se encuentra cubierto por la Póliza.

Sobre el particular, es necesario traer a colación el artículo 167 del Código General del Proceso, el cual a su tenor dispone:

*“ARTÍCULO 167. CARGA DE LA PRUEBA. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.*

*No obstante, según las particularidades del caso, el juez podrá, de oficio o a petición de parte, distribuir, la carga al decretar las pruebas, durante su práctica o en cualquier momento del proceso antes de fallar, exigiendo probar determinado hecho a la parte que se encuentre en una situación más favorable para aportar las evidencias o esclarecer los hechos controvertidos. La parte se considerará en mejor posición para probar en virtud de su cercanía con el material probatorio, por tener en su poder el objeto de prueba, por circunstancias técnicas especiales, por haber intervenido directamente en los hechos que dieron lugar al litigio, o por estado de indefensión o de incapacidad en la cual se encuentre la contraparte, entre otras circunstancias similares.*

*Cuando el juez adopte esta decisión, que será susceptible de recurso, otorgará a la parte correspondiente el término necesario para aportar o solicitar la respectiva prueba, la cual se someterá a las reglas de contradicción previstas en este código.*

*Los hechos notorios y las afirmaciones o* ***negaciones indefinidas no requieren prueba****”* (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Téngase en cuenta que las negaciones indefinidas son aquellas que ni indirecta o implícitamente conllevan ninguna negación opuesta, que no sólo sin indeterminables en el tiempo y en el espacio, sino que, en la práctica, no requieren de prueba tal y como lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso.

Al respecto la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, magistrado ponente Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo, expediente (2000-133) mediante Sentencia del 28 de febrero de 2007 dispuso lo siguiente:

*“Es decir, existe un deber ex lege de comunicar hechos que inciden en la estructura y dinámica del riesgo previamente amparado. En el caso del artículo 1061, en lo que respecta a su origen o fuente, al mismo tiempo que a su teleología, la prestación es enteramente diferente, puesto que* ***la garantía constituye una promesa de conducta (hacer o no hacer), o de afirmación o negación que otorga el tomador o asegurado en relación con la existencia de un determinado hecho, lo que supone, invariablemente, una declaración ex voluntate y, por ende, de claro contenido negocial, la que en tal virtud no se puede inferir o presumir, menos si se tiene en cuenta las drásticas secuelas derivadas de su inobservancia o quebrantamiento.*** *Ello explica que sea menester que aflore o se evidencie “…la intención inequívoca de otorgarla”* (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Asimismo, respecto de las negaciones indefinidas, la Corte Suprema de Justicia ha manifestado:

“(…) *que éstas se dividen en definidas e indefinidas, siendo las primeras aquéllas que tienen por objeto hechos concretos, limitados en tiempo y lugar, que presuponen la existencia de otro hecho de igual naturaleza, el cual resulta afirmado implícita o indirectamente, las segundas, en cambio, no implican, ni indirecta ni implícitamente, la afirmación de hecho concreto y contrario alguno.*

*Para las [definidas], el régimen relacionado con el deber de probarlas continúa intacto ‘por tratarse de una negación apenas aparente o gramatical’; las [indefinidas], ‘son de imposible demostración judicial, desde luego que no implican la aseveración de otro hecho alguno’, de suerte que éstas no se pueden demostrar, no porque sean negaciones, sino porque son indefinidas* (…)

Así entonces, dentro del presente asunto, nos encontramos ante una negación indefinida, en el sentido de que en el presente asunto no se logra acreditar el cumplimiento de las cargas contenidas en el artículo 2.5.3.4.10, que establece expresamente que las facturas deben allegarse con los correspondientes soportes establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos soportes, se encuentran expresamente estipulados en el Artículo 2.6.1.4.2.20 del mismo Decreto, además de disponer con total claridad, que para realizar la solicitud de pago de los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito, los prestadores de los servicios de salud deben radicar los soportes correspondientes a dichas facturas.

En igual sentido, por medio de resolución No. 0002284 de 2023, se determinó que se requieren como soportes todos aquellos que respaldan los servicios de salud prestado antes señalados y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS el cual se encuentra regulado en el Decreto 3374 de 2020, y en su artículo CUARTO, dispone:

***ARTÍCULO CUARTO.*** *- De los datos básicos que deben incluir los prestadores de servicios de salud en la descripción específica: De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 617 y 618 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 618-3 del mismo ordenamiento, en relación con los requisitos que deben cumplir las facturas, se establecen los siguientes datos que se deben registrar en la descripción específica de los servicios de salud prestados.*

*Dichos datos básicos se refieren a la transacción, al servicio y al valor facturado por estos:*

*Datos relativos a la transacción: ·*

*Código de identificación del prestador del servicio de salud en el SGSSS, asignado por la Dirección Local, Distrital, Departamental de Salud, o por el Ministerio de Salud para las instituciones de su competencia:*

* *Nombre o razón social cuando es una persona jurídica o apellidos y nombre del prestador cuando éste es un profesional independiente*
* *Tipo de documento de identificación del prestador*
* *Número del documento de identificación del prestador*
* *Número de la factura Hoja 4 de 4 RESOLUCION NUMERO 3374 DE 2000 Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados*
* *Fecha de expedición de la factura*
* *Fecha de inicio del período de la facturación enviada*
* *Fecha de finalización del período de la facturación enviada*
* *Código y nombre de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios o quien paga la factura Número de contrato, cuando se requiera*
* *Plan de beneficios*
* *Número de la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)*
* *Valor del pago compartido (Copago)*
* *Valor de la comisión a reconocer por la EPS, por los estudios diagnósticos realizados para confirmar enfermedad profesional*
* *Valor de descuentos*
* *Valor neto a pagar por la entidad contratante*

De acuerdo con lo anterior, para que nazca la obligación de la compañía de seguros de cancelar las facturas presentadas por la afectación de la Póliza de SOAT, se deberán acreditar la totalidad de los documentos requeridos en el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 0780 del 06 de mayo de 2016 y que además dichos documentos contengan todos los requisitos estipulados en el Decreto 3374 de 2020. En consecuencia, teniendo en cuenta que las facturas objeto de la presente litis no están acompañadas de los respectivos soportes y estos no cumplen a cabalidad con todos los requisitos mínimos, razón por la cual las mismas fueron objetadas, es claro que no existe obligación alguna a cargo de mi representada EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., pues no se ha acreditado la exigibilidad del derecho pretendido.

1. **LA SOLA AFIRMACIÓN DE LA PARTE DEMANDANTE DE NINGUNA MANERA PUEDE CONSTITUIR PLENA PRUEBA DE UN SUPUESTO FÁCTICO:**

Una vez expuesto el numeral anterior y bajo el entendido de que en el presente caso no se encuentran los soportes de las respuestas a las glosas emitidas por EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C .aun cuando tales documentos resultan necesarios dentro del trámite y requerimientos para el pago de la factura, es necesario indicar que en el proceso no existe prueba alguna frente a dicha alegación por parte de la demandante, y que a pesar de esto se pretenden cobrar bajo la sola afirmación, por lo que no sería factible su cobró si no se ha logrado acreditar el derecho a favor del demandante.

Frente a este particular, resulta de suma importancia citar una providencia del Tribunal Superior de Bogotá, que es clara al explicar que la sola afirmación del Demandante de ninguna manera puede constituir plena prueba de un supuesto fáctico. La citada providencia explica lo siguiente:

*Y es que pasó inadvertida la Superintendencia Financiera de Colombia que conforme lo establecen el artículo 167 del C.G.P., le correspondía a la parte demandante probar los supuestos fácticos en los cuales fundamenta sus pretensiones,* ***en tanto que la sola afirmación de quien lo alega no es constitutiva de plena prueba del hecho o acto, ya que a nadie le es dado el privilegio de que su mero dicho sea prueba suficiente de lo que afirma,*** *tal como lo ha precisado la H. Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil:*

*“…****es verdad que, con arreglo al principio universal de que nadie puede hacerse su propia prueba, una decisión no puede fundarse exclusivamente en lo que una de las partes afirma a tono con sus aspiraciones. Sería desmedido que alguien pretendiese que lo que afirma en un proceso se tenga por verdad, así y todo sea muy acrisolada la solvencia moral que se tenga****. De ahí que la Corte Suprema de Justicia haya dicho en un importante número de veces... que ‘es principio general de derecho probatorio y de profundo contenido lógico,* ***que la parte no puede crearse a su favor su propia prueba****. Quien afirma un hecho en un proceso tiene la carga procesal de demostrarlo con alguno de los medios que enumera el artículo 175 del Código de Procedimiento Civil, con cualesquiera formas que sirvan para formar el convencimiento del Juez. Esa carga... que se expresa con el aforismo onus probandi incumbit actori no existiría, si al demandante le bastara afirmar el supuesto de hecho de las normas y con eso no más quedar convencido el Juez”[[3]](#footnote-3)* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, la jurisprudencia del Tribunal Superior de Bogotá, afincada en una tesis desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, se ha decantado en el sentido de explicar que el mero dicho de una parte no basta para probar un supuesto de hecho.

De lo expuesto es claro que la sola afirmación de la parte actora no basta para que se tenga por cierto el hecho que se aduce, pues tal como se ha precisado por la Corte Suprema de Justicia y el Tribunal Superior de Bogotá D.C., la parte no puede crearse a su favor su propia prueba, debiendo entonces acreditar lo afirmado mediante la carga procesal necesaria. Así las cosas, véase que CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA afirma que mi procurada adeuda sendas facturas de las cuales aducen haber remitido la totalidad de los documentos exigidos, así como también afirman haber dado respuesta a la totalidad de las glosas realizadas por la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., sin embargo, en las pruebas que relacionan con la demanda no se adjuntan la totalidad de documentos requeridos para que se haga exigible un pago contra mi procurada, así como tampoco aportan las supuestas respuestas a las objeciones, evidenciándose que solamente es una afirmación de la entidad demandante, sin que medie la carga probatoria suficiente que acredite lo dicho, situación que deberá tener en consideración el juez toda vez que estas afirmaciones resultan ser insuficientes, ya que la parte no puede constituir su propia prueba.

Conforme a lo expuesto, solicito sea declarada como probada esta excepción.

1. **IMPROCEDENCIA DE AFECTACIÓN DE AFECTAR LA PÓLIZA SOAT EMITIDA POR LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C, POR EL NO CUMPLIMIENTO DE LAS CARGAS ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, DE ACREDITAR LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.**

Para que nazca a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador, es requisito que el solicitante demuestre tanto la realización del riesgo asegurado, como también la cuantía de la pérdida. En tal virtud, si no se prueban estos dos elementos (la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida) la prestación condicional de la aseguradora no nace a la vida jurídica y no podrá hacerse efectiva la póliza. Dado que en el presente caso no se ha realizado el riesgo asegurado, en tanto las facturas presentadas por CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA no estuvieron acompañadas de los soportes necesarios que acrediten la procedencia del pago pues o (i) el accidente no se presentó, (ii) o el servicio no fue prestado u (iii) ocurrió frente automóviles no cubiertos por la Póliza, lo que resulta consecuente entonces indicar que no es posible proceder con el pago en virtud de la no acreditación de la ocurrencia del siniestro.

En ese sentido, el artículo 1077 del Código de Comercio, estableció:

“***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*.” (subrayado y negrilla fuera del texto original)

El cumplimiento de tal carga probatoria respecto de la ocurrencia del siniestro, así como de la cuantía de la pérdida, es fundamental para que se haga exigible la obligación condicional derivada del contrato de seguro, tal como lo ha indicado doctrina respetada sobre el tema:

“*Es asunto averiguado que en virtud del negocio aseguraticio, el asegurador contrae una obligación condicional que el artículo 1045 del código de comercio califica como elemento esencial del contrato, cuyo objeto se concreta a pagar la indemnización cuando se realice el riesgo asegurado. Consecuente con esta concepción, el artículo 1054 de dicho estatuto puntualiza que la verificación del riesgo -como suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador- “da origen a la obligación del asegurado” (se resalta), lo que significa que es en ese momento en el que nace la deuda y, al mismo tiempo, se torna exigible (…)”*

*“(…) Luego la obligación del asegurador nace cuando el riesgo asegurado se materializa, y cual si fuera poco, emerge pura y simple.*

*Pero hay más. Aunque dicha obligación es exigible desde el momento en que ocurrió el siniestro,* ***el asegurador, ello es medular, no está obligado a efectuar el pago hasta tanto el asegurado o beneficiario le demuestre que el riesgo se realizó y cuál fue la cuantía de su perdida.*** *(…) Por eso el artículo 1080 del Código de Comercio establece que “el asegurador estará obligado a efectuar el pago…[cuando] el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077”. Dicho en breve, el asegurador sabe que tiene un deber de prestación, pero también sabe que mientras el acreedor no cumpla con una carga, no tendrá que pagar (…)”*

*“(…) Se dirá que el asegurado puede acudir al proceso declarativo, y es cierto; pero aunque la obligación haya nacido y sea exigible, la pretensión fracasará si no se atiende la carga prevista en el artículo 1077 del Código de Comercio, porque sin el cumplimiento de ella el asegurador no debe “efectuar el pago” (C. de CO., art. 1080)*3” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

La importancia de la acreditación probatoria de la ocurrencia del siniestro, de la existencia del daño y su cuantía, se circunscribe a la propia filosofía resarcitoria del seguro. Consistente en reparar el daño acreditado y nada más que este. Puesto que, de lo contrario, el asegurado o beneficiario podría enriquecerse sin justa causa, al indemnizarle un daño inexistente. En esta línea ha indicado la Corte Suprema de Justicia:

“*2.1. La efectiva configuración del riesgo amparado, según las previsiones del artículo 1054 del Código de Comercio, “da origen a la obligación del asegurador”.*

*2.2. En consonancia con ello, “[e]l asegurado o el beneficiario [están] obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro” (art. 1075, ib.), información que en el caso de las pólizas de que se trata, debía verificarse “dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia de un tratamiento de las enfermedades de Alto Costo relacionada en la Cláusula Primera, así no afecte la Cobertura provista mediante la presente póliza” (cláusula décima, condiciones generales, contrato de seguro).*

*2.3. Pero como es obvio entenderlo, no bastaba con reportar el siniestro, sino que era necesario además “demostrar [su] ocurrencia (…), así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso” (art. 1077, ib.).*

*2.4 Esos deberes acentúan su importancia en los seguros de daños, como el que es base de la acción, toda vez que ellos, “[r]especto del asegurado”, son “contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento” (art. 1088, ib.), de modo que “la indemnización no excederá, en ningún caso, el valor real del interés asegurado en el momento de siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario*” (art. 1089, ib.)4”.

De lo anterior, se infiere que, en todo tipo de seguros, cuando el asegurado quiera hacer efectiva la garantía deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y de ser necesario, también deberá demostrar la cuantía de la pérdida. Para el caso en estudio, debe señalarse como primera medida que la parte demandante no cumplió con la carga de la prueba consistente en demostrar la realización del riesgo asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1077 del código de comercio. Lo anterior teniendo en cuenta que de la totalidad de las facturas presentadas se generaron objeciones toda vez que (i) se requirieron documentos adicionales para la procedencia del pago, o (ii) de los soportes presentados no se evidencia la prestación del servicio o (iii) el mismo no se encuentra cubierto por la Póliza.

En conclusión, para el caso en estudio debe señalarse en primera medida, que la parte actora no demostró la realización del riesgo asegurado, pues de las facturas presentadas no se acredita fehacientemente la ocurrencia de un siniestro que genere la obligación condicional de la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. de efectuar pago alguno. De esa forma, como se incumplieron las cargas de que trata el artículo 1077 del código de comercio es claro que no ha nacido la obligación condicional del Asegurador.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

1. **IMPROCEDENCIA DE RECONOCER INTERESES MORATORIOS.**

En lo que se refiere a los intereses moratorios, se precisa que estos solo proceden cuando no exista duda de la causación y exigibilidad de obligación, para el caso en concreto se evidencia que mi representada la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. procedió analizar cada una de las facturas presentadas y a validar la documentación, evidenciándose que no se cumplieron a cabalidad con los requisitos exigidos, razón por la cual las facturas fueron objetadas, sin que a la fecha se haya presentado la respectiva subsanación. Por lo anterior, es claro que no proceden los intereses moratorios al no existir una obligación clara, expresa y exigible.

Al respecto, el Artículo 2.6.1.4.3.12. del Decreto 780 de 2016 respecto a la procedencia de los intereses moratorios precisó:

*“****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 moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En estos términos, véase que para la exigencia del pago y la procedibilidad de los intereses moratorios se exige que la entidad prestadora acredite los requisitos previstos en el Art. 1077 del Código de Comercio, esto es (i) la ocurrencia del siniestro y (ii) la cuantía de la pérdida. Pese a lo expuesto, si bien la entidad demandante presentó una suma para pago, lo cierto es que no se ha comprobado la ocurrencia del siniestro, ni mucho menos que el mismo se encuentre cubierto por la Póliza de SOAT proferida por mi procurada, pues, como se advierte, la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. objetó las facturas presentadas.

En conclusión, no es procedente el reconocimiento y pago de intereses moratorios en favor de la parte demandante, lo anterior por cuanto no existió una obligación principal válida derivada de las facturas presentadas las cuales fueron objeto de glosas que nunca fueron subsanadas y que además no se cumple con lo establecido en el Art. 1077 del C.Co. para exigirle a mi procurado pago alguno al no encontrase acreditado la ocurrencia del siniestro y la cobertura de este. En consecuencia, no existe fundamento legal ni fáctico que sustente la procedencia de los intereses de mora reclamados en esta causa contra la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

1. **IMPROCEDENCIA DEL COBRO DE FACTURAS GLOSADAS MEDIANTE PROCESO ORDINARIO LABORAL AL EXISTIR UN PROCEDIMIENTO ESPECIAL QUE LA PARTE DEMANDANTE NO PUEDE OMITIR.**

Esta excepción se propone, comoquiera que el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 prevé un procedimiento especial para el trámite de las glosas, luego entonces es ese el procedimiento que se debe seguir, más aún, el mismo artículo señala cual es la autoridad que cuenta con la competencia para conocer de los desacuerdos que se susciten en este trámite, que es la Superintendencia Nacional de Salud, y por ende, no es admisible que la parte demandante, pretenda para acudir a la jurisdicción ordinaria omitiendo por completo este procedimiento, pretendiendo el cobro de unas facturas que se encuentran prescritas y que no cumplen con los requisitos de exigibilidad.

Lo primero que se debe decir es que, al tenor del literal f del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 *“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”,* le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales el conocer de conflictos de similar naturaleza al que nos convoca a este litigio, veamos:

***“ARTÍCULO 41. FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD.*** *Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en lo siguientes asunto:*

*(…)*

*f)* ***conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en salud.****”.*

En el mismo sentido, el penúltimo inciso del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el cual reglamente el trámite de las glosas, indica en su tenor literal lo siguiente:

*“****ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS.*** *Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

*El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) dúas hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.*

*Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas envidas nuevamente a la entidad responsable del pago.*

*Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguiente, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.*

*Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley*

*El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago”*

Los términos a los cuales hace referencia el citado artículo son el término de veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos los soportes con que cuentan las entidades responsables del pago de servicios de salud para formular y comunicar a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, los quince (15) días hábiles siguientes a la recepción de la glosa con que cuentan los prestadores de servicios de salud para dar respuesta a las glosas, indicando su aceptación o justificando su no aceptación, y finalmente los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, donde la entidad responsable del pago decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Véase que la norma citada indica que los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento. De esto se puede concluir entonces que el trámite de las glosas previsto en el artículo 1438 de 2011 precisamente lo que busca es que se llegue a una resolución sobre estas controversias que termine con el levantamiento total o parcial de las glosas, y el pago efectivo de los servicios facturados.

Ahora bien, esta misma norma indica que, en caso de persistir el desacuerdo entre las partes, es decir, entre la entidad responsable del pago y la institución prestadora de servicios de salud, respecto de las glosas, es la Superintendencia Nacional de Salud quien deberá inicialmente resolver el conflicto en uso de su facultad de conciliación o de sus facultades jurisdiccionales a elección del prestado. Esto teniendo en cuenta el Art. 135 de la Ley 1438 de 2011 el cual indica lo siguiente:

***“ARTÍCULO 135. COMPETENCIA DE CONCILIACIÓN.***  *La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora de oficio o a petición de* parte *en los conflictos que surjan entre el administrador del Fosyga, las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios, las compañías aseguradoras del SOAT y entidades territoriales”.*

Ahora bien, cabe además mencionar que la Honorable Corte Constitucional a través del Auto 1716 de 2024 dirimió un conflicto de competencia entre la Superintendencia Nacional de Salud y los Juzgados Administrativos, respecto del cuál indicó que es el MinSalud la entidad competente para conocer sobre los asuntos relacionados con las devoluciones o glosas a las facturas entre las entidades del SGSSS.

A manera de síntesis, podemos decir entonces que esta excepción se fundamenta principalmente en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, en el cual se prevé un procedimiento especial para el trámite de las glosas, trámite que la parte demandante no puede pretender dejar sin validez al acudir a la jurisdicción ordinaria, ya que, en todo caso, ese mismo artículo establece de manera privativa que es a la Superintendencia Nacional de Salud la autoridad a la cual el corresponde el conocer de los desacuerdos que se susciten en el trámite de las glosas.

En virtud de lo expuesto, es claro que el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 prevé un procedimiento especial para el trámite de las glosas, precisándose que es la Superintendencia Nacional de Salud quien deberá conocer de los conflictos que se susciten frente a la procedencia del pago de las facturas glosadas. Por lo anterior, no es admisible que la parte demandante, pretenda para acudir a la jurisdicción ordinaria omitiendo por completo este procedimiento, pretendiendo el cobro de unas facturas que fueron objetadas, que se encuentran prescritas y que además no cumplen con los requisitos de exigibilidad.

Por lo anteriormente expuesto, amablemente solicito se dé por probada esta excepción.

### **ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA**

Sin perjuicio de las manifestaciones esbozadas a lo largo de este escrito, a partir de las cuales se desprende que en efecto mi procurada no adeuda suma alguna en favor de la sociedad demandante, se propone esta excepción a efectos de advertir que, en el hipotético y remoto caso en que se accediera a las pretensiones del escrito demandatorio, se estaría permitiendo el enriquecimiento injustificado de la actora, habida cuenta que: mi representada, en cumplimiento diligente de sus deberes, informó debidamente a CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA sobre la formulación de las objeciones y/o glosas radicadas frente a las facturas emitidas por la nombrada sociedad, sin que esta subsanara las mismas, circunstancia que, por ministerio de ley, implica que la hoy demandante aceptó las glosas y por tanto, exoneró a mi procurada de la eventual obligación de efectuar pagos posteriores. Bajo tales premisas fácticas y jurídicas, acceder a las pretensiones del escrito demandatorio configuraría un cobro de lo no debido y un enriquecimiento sin justa causa, figuras desde luego prohibidas en nuestro ordenamiento jurídico.

1. **COMPENSACIÓN.**

Se formula esta excepción en virtud de que en el improbable evento de que prosperen las pretensiones de la demanda y se imponga alguna condena a la demandada, del monto de esta deberán deducirse o descontarse las sumas que ya fueron pagadas al demandante.

1. **GENÉRICA O INNOMINADA.**

Ruego declarar probada cualquier otra excepción que resulte probada en el curso de este proceso, de conformidad a la Ley y sin que ello signifique que se reconoce responsabilidad alguna de mi representada.

**CAPÍTULO IV.**

**HECHOS, FUNDAMENTOS Y RAZONES DE LA DEFENSA**

En el caso de marras, la empresa CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA demanda a la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. con el propósito de que se condene a esta última entidad al pago de 31 de facturas, así como el pago de los intereses moratorios.

En este sentido, esbozaré los argumentos para que Despacho niegue todas y cada una de las pretensiones de la demanda:

* Existe un incumplimiento probatorio por parte de la activa, cuyo único fundamento es el propio dicho, por tanto, ante la ausencia de los elementos probatorios que aduce en el acápite de pruebas, no es posible endilgar responsabilidad alguna a mi representada.
* Las obligaciones que sirven de fundamento a la presente acción han sido objeto de pago total por parte de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., conforme a los usos y canales ordinarios del sector asegurador, lo cual será debidamente probado en el proceso. Tal circunstancia afecta la certeza, exigibilidad y monto de la obligación reclamada, impidiendo que pueda considerarse una deuda clara, expresa y actualmente exigible, como exige la ley. De conformidad con el artículo 1625 del Código Civil, el pago es el principal modo de extinción de las obligaciones, razón por la cual la existencia de pagos válidamente realizados, y no descontados por la parte actora, constituye un hecho impeditivo del derecho pretendido y, en consecuencia, debe conducir al rechazo de las pretensiones o al reconocimiento de la excepción de pago, evitando así un enriquecimiento sin causa en perjuicio de esta parte
* Se observa que las facturas objeto de este litigio fueron emitidas con ocasión a servicios médicos prestados en virtud de los amparos contemplados en contratos de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –SOAT–. En consecuencia, resulta aplicable el régimen especial de prescripción previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio, el cual establece tanto la prescripción ordinaria como la extraordinaria. Dicho término prescriptivo es de dos (2) años y, conforme lo dispone el artículo 41 del Decreto 056 de 2015, su cómputo se inicia desde la fecha en que la víctima fue atendida o egresó de la institución de salud que prestó los servicios, según sea el caso.
* CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, no tiene ni ha aportado en el proceso prueba que demuestre que se procuró de manera oportuna frente a las glosas, por lo cual, nos estaríamos enfrentando a un escenario donde operó una aceptación táctica de las glosas, y de allí entonces que el pago de las facturas de venta que sustentan las pretensiones de la demanda sea nulo o inexistencia.
* Para que nazca la obligación de la compañía de seguros de cancelar las facturas presentadas por la afectación de la Póliza de SOAT, se deberán acreditar la totalidad de los documentos requeridos en el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 0780 del 06 de mayo de 2016 y que además dichos documentos contengan todos los requisitos estipulados en el Decreto 3374 de 2020. En consecuencia, teniendo en cuenta que las facturas objeto de la presente litis no están acompañadas de los respectivos soportes y estos no cumplen a cabalidad con todos los requisitos mínimos, razón por la cual las mismas fueron objetadas, es claro que no existe obligación alguna a cargo de mi representada EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., pues no se ha acreditado la exigibilidad del derecho pretendido.
* Es claro que la sola afirmación de la parte actora no basta para que se tenga por cierto el hecho que se aduce, pues tal como se ha precisado por la Corte Suprema de Justicia y el Tribunal Superior de Bogotá D.C., la parte no puede crearse a su favor su propia prueba, debiendo entonces acreditar lo afirmado mediante la carga procesal necesaria. Así las cosas, véase que CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA afirma que mi procurada adeuda sendas facturas de las cuales aducen haber remitido la totalidad de los documentos exigidos, así como también afirman haber dado respuesta a la totalidad de las glosas realizadas por la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., sin embargo, en las pruebas que relacionan con la demanda no se adjuntan la totalidad de documentos requeridos para que se haga exigible un pago contra mi procurada, así como tampoco aportan las supuestas respuestas a las objeciones, evidenciándose que solamente es una afirmación de la entidad demandante, sin que medie la carga probatoria suficiente que acredite lo dicho, situación que deberá tener en consideración el juez toda vez que estas afirmaciones resultan ser insuficientes, ya que la parte no puede constituir su propia prueba.
* Para el caso en estudio debe señalarse en primera medida, que la parte actora no demostró la realización del riesgo asegurado, pues de las facturas presentadas no se acredita fehacientemente la ocurrencia de un siniestro que genere la obligación condicional de la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. de efectuar pago alguno. De esa forma, como se incumplieron las cargas de que trata el artículo 1077 del código de comercio es claro que no ha nacido la obligación condicional del Asegurador.
* No es procedente el reconocimiento y pago de intereses moratorios en favor de la parte demandante, lo anterior por cuanto no existió una obligación principal válida derivada de las facturas presentadas las cuales fueron objeto de glosas que nunca fueron subsanadas y que además no se cumple con lo establecido en el Art. 1077 del C.Co. para exigirle a mi procurado pago alguno al no encontrase acreditado la ocurrencia del siniestro y la cobertura de este. En consecuencia, no existe fundamento legal ni fáctico que sustente la procedencia de los intereses de mora reclamados en esta causa contra la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.
* Es claro que el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 prevé un procedimiento especial para el trámite de las glosas, precisándose que es la Superintendencia Nacional de Salud quien deberá conocer de los conflictos que se susciten frente a la procedencia del pago de las facturas glosadas. Por lo anterior, no es admisible que la parte demandante, pretenda para acudir a la jurisdicción ordinaria omitiendo por completo este procedimiento, pretendiendo el cobro de unas facturas que fueron objetadas, que se encuentran prescritas y que además no cumplen con los requisitos de exigibilidad.
* Las manifestaciones esbozadas a lo largo de este escrito, a partir de las cuales se desprende que en efecto mi procurada no adeuda suma alguna en favor de la sociedad demandante, se propone esta excepción a efectos de advertir que, en el hipotético y remoto caso en que se accediera a las pretensiones del escrito demandatorio, se estaría permitiendo el enriquecimiento injustificado de la actora, habida cuenta que: mi representada, en cumplimiento diligente de sus deberes, informó debidamente a CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA sobre la formulación de las objeciones y/o glosas radicadas frente a las facturas emitidas por la nombrada sociedad, sin que esta subsanara las mismas, circunstancia que, por ministerio de ley, implica que la hoy demandante aceptó las glosas y por tanto, exoneró a mi procurada de la eventual obligación de efectuar pagos posteriores. Bajo tales premisas fácticas y jurídicas, acceder a las pretensiones del escrito demandatorio configuraría un cobro de lo no debido y un enriquecimiento sin justa causa, figuras desde luego prohibidas en nuestro ordenamiento jurídico.

**CAPÍTULO V**

**FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Fundo mis argumentos en los artículos 2.6.1.4.3.10, 2.6.1.4.3.12 y 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016, Artículos 11 y 41 del Decreto 056 de 2015, Artículo 23 del Decreto 4747 de 2007, Artículo 4 del Decreto 3374 de 2020, Artículos 57 y 135 de la Ley 1438 de 2011, Artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, Artículos 774, 1077, 1080 y 1081 del Código de Comercio, Artículos 167 y 422 del Código General del Proceso, Artículo 488 del Código Sustantivo del Trabajo, Artículo 151 del Código de Procedimiento Laboral y, demás normas concordantes.

**CAPÍTULO VI**

**MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito atentamente decretar y tener como pruebas las siguientes:

1. **DOCUMENTALES.**
* Notificación definición de reclamación de fecha 05/04/2025
* Notificación definición de reclamación de fecha 18/05/2025
* Notificación definición de reclamación de fecha 13/04/2025
* Notificación definición de reclamación de fecha 06/03/2025
* Notificación definición de reclamación de fecha 21/03/2025
* Notificación definición de reclamación de fecha 21/03/2025
* Notificación definición de reclamación de fecha 19/02/2025
* Notificación definición de reclamación de fecha 23/02/2025
* Derecho de petición dirigido a la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA y su constancia de remisión.
* Estado de Cartera de la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA (Excel)
1. **INTERROGATORIO DE PARTE CON EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS**

Ruego ordenar y hacer comparecer al represente legal de la sociedad CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, para que en audiencia absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda.

1. **DECLARACIÓN DE PARTE**

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y declarar sobre las glosas formuladas frente a la facturación presentada por la parte demandante, la ausencia de obligación exigible y sobre los demás aspectos que resulten relevantes al presente proceso judicial.

1. **TESTIMONIALES**

Siguiendo lo preceptuado por los artículos 208 y ss. del Código General del Proceso, solicito al señor Juez se sirva decretar el testimonio de la Dra. Daniela Quintero Laverde, asesora externa de EQUIDAD SEGUROS GENERALES OC. quien tiene domicilio en la ciudad Cali, y puede ser citada a través del correo electrónico danielaquinterolaverde@gmail.com, cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre las glosas formuladas frente a la facturación presentada por la parte demandante y sobre los demás aspectos que resulten relevantes al presente proceso judicial.

Los datos del testigo se relacionan a continuación:

1. **EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS**

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego al Despacho se sirva ordenar a **LA CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** exhibir en la oportunidad procesal correspondiente:

* Las objeciones, glosas y/o devoluciones tanto de pertinencia como administrativas presentadas a cada una de las facturas objeto de ejecución Nos. 67533, 67626, 67627, 68512, 67707, 68516, 68913, 68914, 68982, 68996, 67430, 67429, 68581, 67431, 67713, 68642, 67949, 67775, 67820, 67863, 67862, 68705, 68731, 68627, 68207, 68208, 68580, 68309, 68445, 68218, 68405.
* Las glosas y/o devoluciones tanto de pertinencia como administrativas que fueron aceptadas contestadas y/o rechazadas por **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** cada una de las facturas objeto de ejecución.
* Copia del histórico de transacciones recibidas entre **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y EQUIDAD SEGUROS O.C con especifica relación de las facturas previamente relacionadas.

El propósito de la exhibición de estos documentos es que se informe y certifique las objeciones que les fueron allegadas por parte de mi representada a cada una de las facturas objeto de litis, además de que se allegue si respecto de estas se solicitó, se rechazó o fueron contestadas con justificación para su pago, además, respecto de las transacciones hechas por EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C., de las facturas referencias y por los valores indicados en líneas precedentes. Y así, reflejar la existencia de los pagos realizados por EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. a **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**, de las facturas indicados anteriormente a fin de probar que las mismas ya fueron canceladas y no pueden ser nuevamente cobradas.

## **OFICIOS**

Ruego se oficie a la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA,** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de cada una de las objeciones presentadas a cada una de las facturas objeto de ejecución, las glosas que fueron aceptadas a cada una de las facturas objeto de ejecución. Copia del histórico de transacciones recibidas entre **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. con especifica relación desde las facturas previamente relacionadas.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

1. **DICTAMEN PERICIAL**

Comedidamente anuncio que me valdré de prueba pericial técnico médico a efectos de confirmar la documentación que acompañó las facturas efectivamente cumple los estándares médicos y técnicos exigidos legal y contractual. Se demostrará que muchas de las facturas no cumplen los requisitos de exigibilidad. Esta experticia se solicita y se anuncia de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 227 del Código General del Proceso, pues a la fecha no me es posible aportarla dada la complejidad técnica del mismo.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al despacho que se le conceda a mi representada un término no inferior a dos meses con el fin de aportar dictamen pericial realizado por un perito experto en el tema, el anterior termino, se justifica teniendo en cuenta la complejidad de dicho dictamen, pues se hace necesario realizar un estudio minucioso a fin de lograr la valoración requerida. El dictamen es conducente, pertinente y útil, teniendo en cuenta que el mismo podrá aclarar las circunstancias fácticas que sirvieron para objetar y/o glosar cada factura, las cuales, una vez analizadas, podrán determinar la exigibilidad de las mismas.

**CAPÍTULO VII**

**IANEXOS**

Acompaño a la presente demanda:

1. Copia del poder general conferido mediante escritura pública No. 2770 del 02/12/2021 a mi conferido.
2. Certificado de existencia y representación legal de la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.
3. Certificado de existencia y representación legal de G HERRERA ABOGADOS ASOCIADOS S.A.S.
4. Copia de mi cédula de ciudadanía y tarjeta profesional.
5. Los documentos referenciados en el acápite de pruebas.

**CAPÍTULO VIII**

**NOTIFICACIONES**

* La parte demandante recibe notificaciones en las direcciones electrónicas contabilidad@fracturasyortopedia.com, mzasesoriaespecializada@gmail.com y josebalmorezuluagag@hotmail.com
* El suscrito podrá ser notificado en la Avenida 6 A Bis No. 35N – 100 Oficina 212, en la Ciudad de Cali, en la secretaría del despacho, y en el correo electrónico: notificaciones@gha.com.co.

Cordialmente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

1. https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/Plan%20Obligatorio%20de%20Salud.aspx?Paged=TRUE&p\_ID=259&PageFirst Row=91&&View=%7B35F5EE97-7D8C-428F-AB48-D97C1C1A8399%7D. [↑](#footnote-ref-1)
2. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo ,Sección Segunda, Consejero Ponente: Álvaro Lecompte Luna, 7 de octubre de 1992, Radicación número 4442. [↑](#footnote-ref-2)
3. Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá. Sala Séptima. Sentencia del 24 de agosto de 2020. Rad. 2018-0034-01. [↑](#footnote-ref-3)