



JUZGADO CINCUENTA Y SEIS CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
CARRERA 10 N° 14-33 PISO 18 EDIFICIO HMM
J56cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C., diecinueve (19) de marzo de dos mil veinticinco (2025).
REF: PROCESO: 110014003019-2023-01125-01

Proceso: Declarativo

Demandante: Fundación Hospital San Pedro

Demandado: La Previsora Compañía de Seguros.

ASUNTO A RESOLVER

Agotado el trámite propio de este proceso, se procede a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia del 11 de julio de 2024, proferida por el Juzgado 19 Civil Municipal de Bogotá D.C.

ANTECEDENTES

Demanda y pretensiones.

La Fundación Hospital San Pedro, a través de apoderado judicial, formuló demanda verbal contra La Previsora S.A., pretendiendo:

“1 Declarar que la FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO, Nit. 891.200.209-3, cumplió con su obligación de prestar servicios médicos –quirúrgicos a personas lesionadas en Accidentes de Tránsito con intervención de vehículos amparados con póliza SOAT expedida por LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Nit. 860.002.400-2, tal y como se describe en libelo demandatorio;

2. Declarar que la FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO, Nit. 891.200.209-3, tiene derecho a que LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Nit. 860.002.400-2, le reconozca y pague los servicios médicos – quirúrgicos prestados a las personas lesionadas en accidentes de Tránsito con intervención de vehículos amparados con póliza SOAT expedida por ella; tal y como se describe en libelo demandatorio.

3. Como consecuencia de las anteriores declaraciones, impongan las siguientes condenas:

3.1. Condenar a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Nit. 860.002.400-2, a pagar a la FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO, la suma de NOVENTA Y TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS (\$93.934.993);

3.2. Condenar a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Nit. 860.002.400-2, de pagar el importe de cada una de las facturas relacionadas en el libelo, dentro de los términos indicados por la Ley.”

Como supuestos fácticos, invocó:

“1. La FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO, es una institución Prestadora de Servicios Médico - Quirúrgicos.

2. La FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO, conforme a la obligación legal recibió en sus instalaciones a personas víctimas en accidentes de tránsito con implicación de vehículos amparados con póliza expedida por LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS.

3. Las personas, los servicios médicos prestados por mi representada y sus costos pendientes de pago, se describen a continuación:

ITEM	FACTURA	NOMBRE	IDENTIFICACION	SALDO
1	FE105621	SARA MANUELA BURBANO ROSERO	1085335765	\$ 52.400
2	FE111978	SARA MANUELA BURBANO ROSERO	1085335765	\$ 52.400
3	FE145300	DOMINGO DANIEL GUAQUEZ BOTINA	1800438	\$ 26.000
4	FE154421	LUIS GERARDO IBARRA CARANGUY	1085300895	\$ 66.300
5	FE161524	MARIANA JESUS ASCENCION HERNANDEZ GUERRA	27064290	\$ 1.267.700
6	FE162337	MARIA DEL CARMEN GETIAL GETIAL	1087413602	\$ 1.139.104
7	FE164579	MARIA BENILDA RIASCOS CEBALLOS	27431488	\$ 500.000
8	FE164688	MARIA DEL CARMEN POLO GUERRERO	1085286935	\$ 156.600
9	FE172457	LEON GUILLERMO CHAVES NARVAEZ	5200138	\$ 39.000
10	FE174037	JAMER ROBERTO CORDOBA SOLARTE	12977900	\$ 13.423.008
11	FE185262	CARLOS CAMILO RENDON MUÑOZ	1233191603	\$ 117.200
12	FE186976	JAVIER ALEXANDER CADENA JIMENEZ	98392918	\$ 2.604.100
13	FE188606	JIMMY WILLIAM RAMOS LASSO	1085253157	\$ 153.800
14	FE213351	EDSON SANTIAGO BANDA CABRERA	1085334359	\$ 7.837.830
15	FE220213	JORGE ABRAHAM GARCIA PORTOCARRERO	1004608610	\$ 488.300
16	FE225554	SEGUNDO RAFAEL PAREDES SUAREZ	5331629	\$ 7.310.688
17	FE226762	YECON ALEXANDER ÑAÑEZ NAVIA	1004676078	\$ 6.249.920
18	FE234074	BRAYAN YOHAN MONTENEGRO BOTINA	1123334985	\$ 5.601.046
19	FE234788	SEGUNDO RAFAEL PAREDES SUAREZ	5331629	\$ 8.451.173

20	FE243851	FRANCISCO JAVIER MENESES CUASQUER	1085342342	\$ 45.600
21	FE245942	ERIKA DANIELA PANTOJA PORTILLA	1082748531	\$ 60.900
22	FE248896	SARA MANUELA BURBANO ROSERO	1085335765	\$ 57.600
23	FE249992	JEFERSON ANDRES CASTAÑEDA PRECIADO	1087122873	\$ 23.559.244
24	FE253038	FRANCISCO JAVIER MENESES CUASQUER	1085342342	\$ 1.610.500
25	FE259086	ANDRES FELIPE RAMIREZ CORTEZ	1085323400	\$ 483.400
26	FE259341	LEYDI DIANA CANO ALVAREZ	1087961100	\$ 163.562
27	FE259883	KATERINE STEPHANIA MARTINEZ TORO	1089482322	\$ 5.657.295
28	FE268767	JAIME TORO SAMBONI	12233407	\$ 158.700
29	FE286123	DANIELA ALEJANDRA NARVAEZ MONCAYO	1085339680	\$ 2.040.481
30	FE290358	JAVIER ELAIN MECHA MONTAÑO	1061433323	\$ 175.219
31	FE297768	ANGELA YUREIDY MENA DIAZ	1004540538	\$ 1.146.000
32	FE299849	YENNY LILIANA MASMUTA GUANCHA	59310536	\$ 25.920
33	FE301246	OSCAR ANDRES MADROÑERO TUTISTAR	1085340524	\$ 3.110.503
34	FE259705	SEGUNDO NABOR JURADO ANDRADE	18156842	\$ 103.500
				\$ 93.934.993

4. La FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO, en cumplimiento de los requisitos legales señalados en la ley, radicó ante la Demandada las facturas con todos los soportes generadas por la atención de servicios prestados.

5. La Demandada una vez radicadas las facturas por servicios médico - quirúrgicos, presentó objeciones a las mismas, las cuales oportunamente fueron subsanadas por el Demandante.

6. La Demandada ha incurrido en conductas dilatorias injustificadas

evadiendo el pago de lo adeudado, pues no existen glosas a las facturas o existiendo las mismas, no son fundadas ni serías4.

7. En la actualidad la Demandada, pese a diversos reclamos en legal forma, no ha cancelado a la Demandante los valores reclamados y constitutivos de las pretensiones de la Demanda.

8. A fin de obtener el pago de las obligaciones reclamadas y agotar el requisito de procedibilidad, la Demandante promovió Audiencia de Conciliación Prejudicial ante el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación, la cual pretendía el pago de lo aquí reclamado. Solicitud declarada Fallida”.

Contestación a la demanda y excepciones.

El demandado se opuso a las pretensiones y planteó las excepciones de mérito que tituló: *i) Inexistencia de los requisitos legales para el pago de las facturas relacionadas en los hechos, ii) prescripción, iii) pago, iv) buena fe e v) innominada o genérica”* (arch. 22 c.1).

En sustento de ello, arguyó que:

i) Para poder acceder al pago de los servicios de salud prestados por las IPS se deben de cumplir las exigencias regladas en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y además verificar que se encuentren radicados los documentos requeridos, de tal forma que el siniestro pueda considerarse desde el punto de vista material, dado que es notoria la problemática en materia de SOAT, en cuanto al fraude en las reclamaciones de agentes externos a las entidades de salud.

ii). Que cuando las IPS pretenden la reclamación de servicios de salud ante terceros que se dicen beneficiarios del SOAT, resulta necesario que la misma se realice en un término de 2 años, el cual se cuenta a partir de la prestación del servicio, de conformidad con el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud.

Argumentó que, opera el fenómeno de la prescripción respecto de la factura No. FE161524, comoquiera que en la historia clínica se pudo evidenciar que el accidente de tránsito ocurrió el 28 de mayo de 2021 y la solicitud de conciliación se realizó hasta el 23 de junio de 2023, con posterioridad a los 2 años establecidos en la ley.

iii) Solicitó se decrete la excepción de pago de aquellas facturas que dentro del acápite documental y de que del trámite del proceso se demuestre.

Réplica.

El demandante permaneció silente.

Trámite procesal.

En auto del 14 de mayo de 2024, se dispuso resolver el asunto en los términos del artículo 278 del C.G. del P. (arch. 027 c.1).

Sentencia de Primera Instancia.

Agotado el trámite procesal, mediante providencia del 11 de julio de 2024 (arch. 029 c.1) se dictó sentencia en la cual, el juzgado de conocimiento resolvió:

“PRIMERO: DECLARAR PARCIALMENTE fundada la excepción de INEXISTENCIA DE LOS REQUISITOS LEGALES PARA EL PAGO DE LAS FACTURAS respecto de las reclamaciones relacionadas con los cartulares FE145300, FE154421, FE164688 y FE259705, por las razones consignadas en esta providencia.

SEGUNDO: DECLARAR INFUNDADAS las demás excepciones de mérito planteadas por el extremo demandado, por las razones consignadas en esta providencia.

SEGUNDO: DECLARAR que la sociedad LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS es responsable por el pago de los servicios de salud que prestó la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO a las víctimas de accidentes de tránsito amparadas por las pólizas SOAT, consecutivos en la cuantía reseñada para cada uno de ellos: FE105621- \$52.400, FE111978-\$52.400, FE161524 -\$1.267.700, FE162337-\$1.139.104, FE164579-\$500.000, FE172457-\$39.000, FE174037-\$13.423.008, FE185262-\$117.200, FE186976-\$2.604.100, FE188606-\$153.800, FE213351-\$7.837.830, FE220213-\$ 488.300, FE225554-\$ 7.310.688, FE226762-\$6.249.920, FE234074-\$5.601.046, FE234788-\$8.451.173, FE243851-\$45.600, FE245942-\$60.900, FE248896- \$57.600, FE249992- \$23.559.244, FE253038-\$1.610.500, FE259086-\$ 483.400, FE259341-\$163.562, FE259883-\$5.657.295, FE268767-\$158.700, FE286123-\$2.040.481, FE290358-\$175.219, FE297768-\$1.146.000, FE299849- \$25.920 y FE301246- \$3.110.503.

TERCERO: CONDENAR a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS al pago de la suma de \$93.582.593 a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO representada en las facturas mencionadas en el numeral anterior, que corresponde a la sumatoria de los servicios de salud que la demandante brindó a las personas víctimas de los accidentes de tránsito a que aluden los anexos de cada uno de tales documentos aportados con la demanda, conforme a lo expuesto en la parte motiva.

CUARTO: CONDENAR en costas de esta instancia a la parte demandada y a favor de la parte demandante. Para lo cual téngase como agencias en derecho la suma de \$7'000.000. Liquídense”.

Lo accedido, porque, encontré que las reclamaciones corresponden al servicio prestado a víctimas de accidentes de tránsito amparadas por las pólizas Soat y lo negado (FE145300, FE154421, FE164688 y FE259705) toda vez que no se acreditó el cumplimiento de los requisitos previstos en el Decreto 780 de 2016; respecto de las tres primeras no se adjuntó el formulario de reclamación, y en el caso de la última, la demandante no fue la prestadora de los servicios de salud que atendió a la víctima, pues de la historia clínica se pudo establecer que fue el Hospital Universitario de Caldas.

Reparos concretos.

Inconforme, la parte demandada interpuso la alzada, alegando:

Indebida valoración probatoria del expediente, porque según el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, específicamente en lo que respecta al Seguro de Obligatorio de Accidentes de Tránsito, establece que será carga de quien presenta la reclamación cumplir con los requisitos legales para ello. Las normas propias del SOAT deben leerse en conjunto con aquellas aplicables en el Código de Comercio, específicamente con el artículo 1077 que impone como carga de quien pretenda el pago de un seguro, la prueba de la existencia del siniestro y su cuantía.

Añade que es obligación de quien presenta la reclamación probar, no solo el

valor del servicio que pretende afectar a la póliza sino la ocurrencia del siniestro, y en el *subexamine*, el siniestro no es otro que la ocurrencia de un accidente de tránsito bajo las específicas circunstancias que establece el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016.

Es decir, que se cumplen con los requisitos allí establecidos, específicamente un nexo de causalidad entre el accidente de tránsito y la atención brindada por los prestadores de salud, así como que la víctima sea legalmente beneficiaria del SOAT. En caso que esta condición no se cumpla, la aseguradora no podrá acceder al pago de la reclamación, esto en custodia de los recursos que especialmente se han destinado para este seguro tan importante en el panorama nacional. Es por ello que el asegurador posee la carga de probar las exclusiones de la responsabilidad, sin perjuicio de la carga que legalmente corresponde a los reclamantes.

ACTUACIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA

Realizado el estudio preliminar de rigor, en auto del 23 de septiembre de 2024 (arch. 8 c.2) se admitió la alzada incoada, se corrió traslado por cinco (5) días para sustentar el recurso de apelación y se otorgaron otros cinco (5) días al contrario para descorrer la sustentación.

EL RECURSO DE APELACIÓN

Argumentó el recurrente:

“[E]l estudio de esta clase de reclamaciones es de especial cuidado, esto tanto que es un hecho notorio dentro del panorama nacional la crisis que ha supuesto para el sector asegurador los casos en los cuales se obliga a pagar a las aseguradores facturas derivadas aparentemente de accidente de tránsito. Es decir, casos en donde no es viable afectar las pólizas SOAT y que inescrupulosamente cierto sector de la ciudadanía pretende hacer pasar como tal. Verbigracia de lo anterior, casos en los cuales motocicletas que evaden el pago del seguro obligatorio de accidentes de tránsito usan las pólizas de otros vehículos con tal de obtener la atención en salud ante accidentes de tránsito.

Prueba de lo anterior es que según datos de FASECOLDA aproximadamente el 78% de las motocicletas del país no cuentan con el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, es decir, 4 de cada 5 motos del país son evasoras del seguro. Con este panorama es apenas lógico que el ejercicio de auditoría que realizan las aseguradoras debe ser riguroso y que en contra posición, siendo que el contrato de seguro se rige por la ubérrima buena fe de ambas partes, los prestadores de servicios de salud o IPS deben realizar una especial auditoria que permita evaluar si los casos atendidos son o no viables para afectación vía SOAT.

Así las cosas, dentro de los apartes documentales aportados al proceso se debe tomar en cuenta que: (...) Es decir, que conforme a lo anterior, es obligación de quien presenta la reclamación probar no solo el valor del servicio que pretende afectar a la póliza sino la ocurrencia del siniestro, y en este caso el siniestro no es otro que la ocurrencia de un accidente de tránsito bajo las específicas circunstancias que establece el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Es decir, que se cumplen con los requisitos allí establecidos, específicamente un nexo de causalidad entre el accidente de tránsito y la atención brindada por los prestadores de salud así como que la víctima sea legalmente beneficiaria del SOAT. En caso que esta condición no se cumpla la aseguradora no podrá acceder al pago de la reclamación, esto en custodia de los recursos que especialmente se han destinado para este seguro tan importante en el panorama nacional. Es por ello que el asegurador posee la carga de probar las exclusiones de la

responsabilidad, sin perjuicio de la carga que legalmente corresponde a los reclamantes.

Por tal motivo en el presente caso incurre en un error de valoración probatoria el juzgador de primera instancia, ya que mi representada ha presentado al despacho los resultados de la auditoria de las reclamaciones presentadas por el demandante, y que a su vez, por ser emanadas por funcionarios de una entidad con naturaleza pública como lo es LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS revisten de una especial presunción de autenticidad. Dentro de dicha auditoria se encuentran casos como el de las reclamaciones Rad. N142021062161 y RECLAMACIÓN Rad. N142021062191 en los cuales salta a la luz un posible fraude al sistema en donde específicamente se encontró que “Gabriela Ivette Luna Obando [TOMADORA Y ASEGURADA DE LA PÓLIZA SOAT] manifestó que no conocía a la lesionada y que tampoco había presentado accidentes de tránsito”.

Por tal motivo ante la problemática nacional y a la luz de los presupuestos del artículo 167 del Código General del Proceso y 1077 del Código de Comercio es claro que el demandante no ha cumplido con la carga de acreditar la ocurrencia del siniestro, demostrando, como en el caso anterior, el nexo de causalidad entre el servicio prestado por la demandante y el accidente de tránsito que permita la afectación del SOAT. Casos similares se advierten en el expediente y que no fueron tomados por el juzgador de primera instancia bajo la luz de la carga de la prueba antes mencionadas. Por esta razón se hace necesario que el Honorable Tribunal haga una revisión INTEGRAL del expediente y realice la valoración probatoria correcta la cual arroja como resultado que las glosas presentadas por mi representada tiene fundamento legal, y que en consecuencia no se acceda a las pretensiones de la demanda”.

CONSIDERACIONES

1. Los presupuestos procesales, requisitos indispensables para la regular formación y desarrollo de la relación jurídico procesal, como son demanda en forma, capacidad para ser parte, capacidad para comparecer y competencia concurren en la litis, además como no se observa causal de invalidez que anule la actuación por lo que se impone una decisión de mérito, con la consideración adicional referida a que en el evento de ser interpuesta la alzada por ambas partes, la Sala está revestida de la competencia para resolver sin limitaciones, empero, no es el caso de autos.

2. Con miras a desatar la apelación formulada por el extremo demandado, debe decirse que este recurso propende porque el Superior revise la actuación del juzgador de primera instancia, bajo un criterio dispositivo, por lo que es al apelante a quien le corresponde determinar el ámbito dentro del cual ha de moverse el *ad-quem* al momento de tomar la decisión.

Ello, toda vez que el artículo 320 del C.G.P., establece: “*El recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión*”.

3. Previo a abordar el reparo formulado por el apelante, debe recordarse que lo pretendido en este asunto es la declaratoria del pago a favor de la demandante, por la prestación de los servicios médico - quirúrgicos a personas lesionadas en accidentes de tránsito con vehículos amparados con la póliza Soat, expedida por la compañía aseguradora demandada.

4. El Régimen del Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a las

Personas en Accidentes de Tránsito, tuvo su génesis en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto 663 de 1993, que en su numeral 1° del artículo 192, dispuso:

“Para transitar por el territorio nacional todo vehículo automotor debe estar amparado por un seguro obligatorio vigente que cubra los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito”.

Por su lado, el numeral 4° del artículo en mención establece:

“Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio y por este Estatuto”.

A su turno, el artículo 195 en su numeral 4° prevé a favor de los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere incurrido en los gastos del transporte de las víctimas, la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

De acuerdo con el artículo 11 del Decreto 056 de 2015, los prestadores de servicios médicos deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, previa aportación de los documentos relacionados en el artículo 26, entre ellos, el formulario de reclamación que para el caso se disponga, la epicrisis o resumen clínico de la atención, los documentos que soporten el contenido de la historia clínica y el original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio.

Conforme al artículo 41, para el pago de reclamaciones *“...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...”.*

De la misma manera, lo regula el Decreto 780 de 2016 de donde resulta importante para el caso, lo previsto en el artículo 2.6.1.4.2.20 el cual refiere:

“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 (...)

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”.

Adicionalmente, el artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero prevé que, en tratándose de la cobertura de gastos médicos del SOAT, “*todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y de sus consecuencias dañosas para la víctima. **Se considerarán pruebas suficientes, además de todas aquellas que la víctima o el causahabiente puedan aducir, cualquiera de las siguientes que resulte pertinente, según la clase de amparo:***

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

Se deduce de lo anterior, que el galeno encargado de atender una víctima de un accidente de tránsito tiene la facultad, a través de documentos elaborados por el mismo, para determinar tanto el origen de las lesiones y el tratamiento requerido, ello bajo el amparo de la garantía de “*autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo*”¹.

No obstante, en el caso de las aseguradoras, aquellas cuentan con mecanismos de control a fin de corroborar que el presupuesto del Soat, se utilice de manera cristalina y efectiva, salvaguardando la integridad del ente asegurador, para así evitar fraudes o abusos que puedan llegar a mermar su sostenibilidad en el sistema.

Por lo tanto, ante la existencia de serios motivos de duda respecto de la reclamación, pueden objetar la misma.

Conforme con lo expuesto, subyace resolver la problemática esbozada en la

¹ Artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

impugnación, la cual se centra en la demostración de la ocurrencia del siniestro por parte del prestador de servicios médicos.

Para ello, basta reiterar que de acuerdo con artículo 2.6.1.4.2.20 del decreto mencionado, los prestadores de servicios médicos por cuenta del Soat han de demostrar la ocurrencia del siniestro mediante una reclamación, que satisfaga los requisitos del canon mencionado. En tal virtud, cualquier debate procesal debe limitarse a verificar si se aportaron o no, los documentos que la componen, sin verificaciones o documentos adicionales por lo antes discurrido.

Así las cosas, siempre que se cumpla con los requerimientos legales, la reclamación y sus anexos, son suficientes para demostrar la ocurrencia del riesgo asegurado; es decir, el siniestro y la pérdida mencionados en el artículo 1077 del C. de Co.; y dado que de aquellas depende que salgan avante las pretensiones, podría concluirse que la aportación de las evidencias que enlista el artículo 2.6.1.4.2.20 num 2º del Decreto 780 de 2016 equivale a satisfacer cabalmente las cargas probatorias de la parte actora.

Conforme al análisis que de cada una de las reclamaciones reconocidas en el fallo impugnado realizó el despacho, se encuentran satisfechos los requisitos del artículo mencionado.

Ello, por cuanto, en lo que refiere a la demostración del siniestro, basta como se dijo, con el concepto del galeno que atendió a la víctima del accidente; adviértase que en cada una de las reclamaciones reconocidas en el fallo, obran los formularios únicos de reclamación junto con las respectivas epicrisis, que dan cuenta que la atención dispensada al paciente guarda relación con un accidente de tránsito, por lo demás no puede exigirse como pretende el quejoso, acudir a otro documento para la demostración del siniestro, pues ello no está previsto en la Ley.

En contraposición, la apelante única al sustentar su inconformidad se limitó a esbozar genéricamente, que el *a quo* había errado en el análisis probatorio, pretermitiendo el análisis de las documentales arrimadas, aludiendo exclusivamente al caso de *“las reclamaciones Rad. N142021062161 y RECLAMACIÓN Rad. N142021062191 en los cuales salta a la luz un posible fraude al sistema en donde específicamente se encontró que “Gabriela Ivette Luna Obando [TOMADORA Y ASEGURADA DE LA PÓLIZA SOAT] manifestó que no conocía a la lesionada y que tampoco había presentado accidentes de tránsito”*.

Bajo tales alegatos, pretendía la aseguradora inconforme que el *ad quem* hiciera una revisión de todos los títulos ejecutivos, cuando lo que correspondía era que el recurrente especificara cuáles reclamaciones no se acompasaban con el acervo probatorio y por lo mismo resultaba desatinada la decisión cuestionada.

Si se pasara por alto el anterior defecto, tampoco había lugar a variar la postura del juez de primer grado, porque como este lo señaló, las resultas de las auditorías sobre las que se apuntalaron las objeciones debían ser sometida a contradicción y por sí mismas no permitía dar plena credibilidad a las conclusiones contenidas, si en cuenta se tiene que, como en el caso de las reclamaciones acotadas, no se especificaron las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se contactó a la tomadora *Gabriela Ivette Luna Obando*, para verificar aspectos nodales como su identidad, o como en el caso de YECXON ALEXANDER ÑAÑEZ NAVIA, en el que según la aseguradora, este *“se desplazaba en el vehículo de placa RYP26F al momento de la ocurrencia de los hechos, por lo que no es posible afectar la póliza SOAT del vehículo que se encuentra asegurado en esta compañía”* (Folio 80 , Archivo 22), sin que explicitará cómo arribó a tal afirmación.

Y es que ningún medio de prueba adicional da respaldo a tales aseveraciones, de manera que, siendo ello carga de la prueba en cabeza de la demandada (artículo 167 del C.G.P.) ha de soportar la adversidad de la decisión.

5. De lo anterior se colige, sin dubitación alguna, que se impone convalidar la decisión de primera instancia, pues el ataque enfilado por la parte demandada no logró desautorizar la postura defendida por esta. Consecuencialmente, se le condenará en costas al recurrente.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Cincuenta y Seis Civil del Circuito de Bogotá, D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 11 de julio de 2024, proferida por el Juzgado 19 Civil Municipal de Bogotá DC, dentro del proceso adelantado por la Fundación Hospital San Pedro contra La Previsora Compañía de Seguros S.A., por las razones expuestas en este proveído.

SEGUNDO: CONDENAR a La Previsora Compañía de Seguros S.A en costas de esta instancia. Para su valoración, se fija como agencias en derecho la suma equivalente a 3 smlmv (Acuerdo PSAA16-10554 del CSJ).

TERCERO: Una vez ejecutoriada la presente providencia devuélvase de inmediato el expediente al juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE



PAULA CATALINA LEAL ÁLVAREZ
Juez

ESTADO No. 019 del 20-03-2025

hhpr