

REPUBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO CUARENTA Y UNO CIVIL DEL CIRCUITO
BOGOTA D.C. Siete de diciembre de dos mil veinte**

REF: RAD: Verbal No.110013103041 2018 00400-00

Demandante: **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR
EPS-S**

Demandado: **QBE SEGUROS S.A.**

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

De conformidad con lo dispuesto en la audiencia de juzgamiento celebrada dentro del presente asunto, se procede a emitir por escrito la sentencia mediante la cual se resuelve el presente litigio, para lo cual se exponen los siguientes

|

ANTECEDENTES

A través de apoderado judicial, la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA -COMFACOR, demandó a la QBE SEGUROS S.A. para que se pronuncie sentencia que a ceda a las siguientes

PRETENSIONES:

1. Que se declare que QBE SEGUROS S.A. incumplió el contrato de seguro para enfermedades de alto costo que se instrumentó bajo la póliza de seguro para enfermedades de alto costo No. 000706532712, al no haber cancelado las reclamaciones que COMFACOR le presentó los días 12 de enero, 21 de febrero, 13, 14 y 27 de marzo, abril 7 y 11 y mayo 18 de 2017.
2. Que se declare que QBE SEGUROS S.A. es responsable del incumplimiento del contrato de seguro para enfermedades de alto costo que se instrumentó bajo la póliza de seguro para enfermedades de alto costo No. 000706532712, al que se refiere la pretensión anterior.

3. Que se condene a QBE SEGUROS S.A., a pagar a la demandante, COMFACOR, la suma de \$5.446'327.443, correspondientes a las reclamaciones de las mencionadas fechas.

4. Que se condene a la demandada, QBE SEGUROS S.A.', a pagar a la demandante, COMFACOR, intereses moratorios a la tasa máxima autorizada por la ley, conforme a lo establecido en el artículo 1080 del C. de Co., sobre las sumas anotadas en la pretensión anterior.

5. Que se condene a la demandada en costas y agencias en derecho.

HECHOS

Entre COMFACOR, en calidad de tomador, asegurado y beneficiario, y QBE, en calidad de asegurador, se celebró el contrato de seguro para enfermedades de alto costo que se instrumentó bajo la póliza de seguro No. 000706532712, la cual tenía una vigencia inicial que se extendía desde el 1 de junio de 2016 hasta el treinta y uno 31 de mayo de 2017.

De acuerdo con las condiciones particulares del mencionado contrato de seguro, "QBE SEGUROS S.A. cubrirá los costos de atención médica correspondientes a los servicios que se presten de conformidad con las disposiciones vigentes tanto a la fecha de expedición de la presente póliza, como a la fecha en que el paciente haya adquirido la calidad de afiliado al régimen subsidiado en la respectiva entidad asegurada". "QBE SEGUROS S.A. indemnizará los costos de atención de las enfermedades amparadas, de acuerdo con las tarifas establecidas dentro del régimen subsidiado, /SS o SOA T, o las tarifas institucionales, las cuales deben ser definidas al inicio de la vigencia de la póliza".

De acuerdo con las condiciones particulares de la póliza, las patologías cubiertas fueron: Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea; manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas; manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central; corrección quirúrgica de la hernia del núcleo pulposo; atención de insuficiencia renal aguda o crónica; atención integral del Gran Quemado manejo del paciente infectado por VIH/SIDA; tratamiento del paciente con cáncer; reemplazo articular; internación en unidad de cuidados intensivos; manejo quirúrgico de enfermedades congénitas y manejo del trauma mayor.

El seguro estuvo vigente hasta el 31 de octubre de 2016, fecha en que QBE dio por terminado el contrato por falta de pago de la prima, para lo cual se expidió el certificado

respectivo, como consta en la comunicación de fecha veintinueve (29) de marzo de 2017 dirigida por COMFACOR

En vigencia de la póliza COMFACOR dio los avisos de siniestro relacionados en la demanda y formalizó las correspondientes reclamaciones, las cuales QBE objetó, argumentando que la demandante no allegó los documentos necesarios para acreditar el derecho a la indemnización, en particular la "constancia de la cancelación de la factura o el documento equivalente"

COMFACOR remitió a QBE las certificaciones de pago a IPS de los gastos o procedimientos efectuados y que en cada una, conforme se indica en la demanda.

Mediante comunicación de fecha febrero 21 de 2017, Interriesgos Audit Ltda., intermediario de seguros de COMFACOR, dio respuesta al oficio remitido por QBE, por medio del cual se habían objetado algunas reclamaciones presentadas por la demandante, argumentando que no se había aportado la totalidad de los documentos que permitían acreditar el derecho al pago de los siniestros reclamados. Para tal fin, se manifestó que dentro de los documentos que mencionan las condiciones generales y particulares del contrato de seguro, no aparecen dichas certificaciones de pago o constancias de estos.

Mediante correo electrónico de fecha 23 de febrero de 2017, QBE, informa con qué documentos se podía dar cumplimiento a la nueva exigencia que había efectuado la aseguradora a la demandante para acreditar el derecho a la indemnización, particularmente en lo que tiene que ver con la constancia de los pagos a las IPS.

QBE acepta la certificación aportada por COMFACOR, expedida para dar cumplimiento a la aludida exigencia y tiene por formalizados los 24 siniestros reclamados mediante comunicación radicada el 12 de enero de 2016, aunque debió señalarse que era 2017.

A la fecha de presentación de la demanda, QBE no ha pagado el monto de los siniestros a que se refiere la demanda, a pesar de haber confesado que los mismos habían quedado formalizados, tal y como consta en el correo electrónico del 23 de febrero de 2017.

A la fecha de presentación de la demanda COMFACOR ha presentado 230 reclamaciones a la demandada QBE, que ascienden a la suma de \$5.446'327.443, de las cuales QBE solo ha objetado 94, argumentando que no se han aportado las certificaciones de los pagos efectuados por la demandante a las IPS.

La demandante remitió 72 certificaciones de las solicitadas por la demandada QBE.

De las 230 reclamaciones presentadas, hay 136 que no fueron objetadas dentro de la oportunidad prevista en la ley y que frente a las 94 reclamaciones objetadas, en 72 se aportaron las certificaciones exigidas por la demandada, sin que se haya producido nuevas objeciones pero, sin que se hayan pagado las respectivas indemnizaciones, a pesar de haberse aportado la totalidad de los documentos necesarios para acreditar el derecho.

ACTIVIDAD PROCESAL:

La demanda fue admitida por auto de fecha 25 de julio de 2018 (Fl. 132 C-1) y en él se dispuso dar traslado a la parte demandada por el término de veinte días, lo que en efecto se cumplió. QBE SEGUROS S.A, en tiempo concurrió al proceso a través de apoderado y contestó la demanda oponiéndose a sus pretensiones y al efecto propuso las excepciones de mérito que denominó:

1. “Inexistencia de obligación a cargo de QBE SEGUROS S.A.: Ausencia de acreditación de la ocurrencia de un siniestro y/o pérdida, frente a la póliza para enfermedades de alto costo No.000706532712.” El presente análisis demostrará porque COMFACOR ha fallado en acreditar la existencia de un siniestro en los términos del contrato celebrado y la existencia de una pérdida indemnizable; que deben observarse las condiciones de la póliza, cuya cobertura es para enfermedades de alto costo, taxativamente indicadas; que la vigencia de dicha cobertura por los siniestros ocurridos va del 1° de junio de 2016 al 31 de octubre de 2016, pues finalizó el contrato por mora en el pago de la prima; que la póliza cubre el riesgo de los gastos médicos efectivamente incurridos por COMFACOR y autorizados por profesionales de la salud durante la vigencia de la póliza para las enfermedades de alto costo amparadas. De no darse estos supuestos, no se habrá configurado el siniestro. A la fecha, QBE no ha recibido ninguna prueba proveniente de COMFACOR que acredite el pago efectivo de las atenciones de enfermedades de alto costo a sus afiliados en favor de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que prestaron la atención médica. COMFACOR presentó unas "certificaciones", que QBE, por su parte, procedió a validar en cuanto a su contenido frente a las diferentes IPS emisoras de las facturas respectivas, encontrando claras inconsistencias.

2- “Pérdida del derecho al pago de la indemnización por mala fe en la comprobación del derecho al pago del siniestro (caducidad del derecho a la prestación asegurada) - cobro de lo no debido. Se debe dar aplicación a lo dispuesto en el artículo 1078 del C. de Co., (caducidad del derecho por mala fe del asegurado); COMFACOR pretende el pago de la indemnización de la Póliza, por un valor mayor al

valor real que pagó a las IPS (según los hallazgos identificados por QBE), con lo cual además de configurarse un cobro de lo no debido a la aseguradora, se configura mala fe en la solicitud de pago de la indemnización, determinante de la sanción que aquí se solicita aplicar vía excepción.

3. “Inexistencia de obligación a cargo de QBE por incumplimiento de las garantías previstas en el contrato de seguro. -terminación del contrato de seguro desde su infracción y aplicación de la excepción de contrato no cumplido (art.1609 c.c.)” El contrato de seguro No. 000706532712 terminó por ministerio de la Ley a partir del 2 de agosto de 2016 o la fecha que resulte probada en el proceso, con ocasión del incumplimiento de las garantías pactadas a cargo del asegurado (COMFACOR), en los términos del artículo 1061 del Código de Comercio.

4- “Inexistencia de la obligación de pago de la indemnización de la póliza para enfermedades de alto costo no. 000706532712 - sujeción a los términos y condiciones del seguro - cobro de lo no debido” Pues COMFACOR solicita el pago de casos que no cuentan con cobertura pues al menos respecto de 35 facturas presentadas al cobro, no existe responsabilidad alguna de QBE, ya que no corresponden a enfermedades cubiertas por la póliza, es decir no son de alto costo o se encuentran por fuera de la vigencia de la póliza; COMFACOR pretende el reconocimiento y pago de valores correspondientes a los 230 casos de la demanda, que desde el punto de vista de la auditoría médica no cumplen con los requisitos definidos en las condiciones generales y particulares del seguro; que las condiciones de la Póliza establecen como límite máximo de valor asegurado por afiliado a COMFACOR la suma de \$100.000.000, suma a la cual se le aplica el deducible después de obtener la liquidación final del monto a pagar en el marco de los términos y condiciones de la póliza; que hay inexistencia de la obligación respecto de 22 facturas por ausencia de pretensión económica, pues el valor a pagar es de “0 pesos”.

5. “Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.” COMFACOR conoció de los hechos que dan base a la acción (autorización e hipotéticos gastos médicos) a partir de la fecha en la cual recibió cada una de las facturas anexas a la demanda, que le fueron radicadas por las IPS por concepto de atención de enfermedades de alto costo a sus afiliados. A partir de ahí contaba con un término de dos años para formular la acción derivada del contrato de seguro para obtener el pago de la indemnización de la Póliza, conforme a lo dispuesto en el artículo 1081 del C. de Co.. Sin embargo, operó la prescripción de la acción de COMFACOR para solicitar el pago de dicha indemnización, por lo menos, respecto de 11 facturas o las que se logren acreditar en el proceso, derivadas de las atenciones a sus afiliados por enfermedades de alto costo, según lo manifestado en los hechos de la demanda.

6- “Ausencia de mora y, por ende, inexistencia de obligación de reconocimiento de intereses moratorios” Porque para obtener el pago de la indemnización, COMFACOR en calidad de asegurado y beneficiario de la póliza está obligado tanto por la ley (artículo 1077 del Código de Comercio) como por el contrato de seguro, a acreditar la ocurrencia del siniestro, esto es, el gasto médico y su autorización, y la cuantía de la pérdida, es decir, el pago efectuado a las IPS por concepto de las facturas generadas con ocasión de la atención de las enfermedades de alto costo amparadas por la Póliza a los afiliados a COMFACOR. Es decir, que la acreditación de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida formalizan la reclamación ante el asegurador, evento a partir del cual éste cuenta con el término de un mes para definir la solicitud de indemnización que se le formule. No obstante, a la fecha de contestación de esta demanda COMFACOR no ha cumplido con su obligación legal y contractual de formalizar la reclamación ante QBE mediante la acreditación de la ocurrencia del siniestro (autorización y gasto médico) y la cuantía de su pérdida (constancia del pago a las IPS de los gastos médicos por cada una de las 244 facturas relacionadas en el anexo de la demanda). Ello tampoco ha ocurrido con la presentación de la demanda, pues no obra soporte en ese sentido. Por consiguiente, QBE no se encuentra en mora de pagar indemnización o reembolso alguno a COMFACOR.

7. “Ausencia de mora y, por ende, inexistencia de obligación de reconocimiento de intereses moratorios”

8. “Excepción genérica”

La aseguradora demandada presentó “objeción al juramento estimatorio.”

Surtido el traslado de las excepciones, se llevó a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 372 del C.G.P., pero el representante legal de la demandante COMFACOR EPS-S no se hizo presente, motivo por el cual declaró fracasada la etapa de conciliación y ante su inasistencia injustificada, se le impusieron las sanciones procesales y pecuniarias de que trata la norma en cita.

Se practicó Interrogatorio de parte representante legal de la entidad demandada QBE SEGUROS S.A. hoy ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A. quien Manifestó que existen 2 condiciones para el aseguramiento: 1) la prestación de un servicio a pacientes con enfermedades de alto costo y 2) Que opere un desembolso por parte de la EPS a la IPS que prestó el servicio. En este asunto, la entidad demandante no ha acreditado la segunda condición, por lo cual no hay ocurrencia del siniestro. Esa es la razón por la cual la Compañía no ha realizado ningún tipo de pago indemnizatorio; que es necesario dar cumplimiento a lo dispuesto en el art. 1077 del C. de Co., demostrando la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida; aquí se presentaron unas solicitudes indemnizatorias

entre enero de 2017 y mayo de 2017- pero las mismas no constituyen reclamación formal pues en efecto hubo una prestación del servicio a pacientes con enfermedades de alto costo, sin embargo no se acreditó el pago efectuado a las IPS; que al solicitar los soportes, se emitió una certificación, no de la EPS sino de la Caja de Compensación COMFACOR indicando que ya habían pagado las facturas correspondientes a las IPS; que al entrar a verificar este hecho, encontraron que las IPS no habían recibido los mencionados pagos, lo que llevó a rechazar de plano la reclamación efectuada.

Se procedió a la fijación del litigio.

El apoderado de la aseguradora precisa que COMFACOR no pagó las primas de seguro completas, por lo cual se produjo la terminación automática del contrato de seguro, cuya duración estaba prevista del 1° de junio de 2016 al 31 de mayo de 2017, de modo tal que ante una eventual responsabilidad de indemnización debe circunscribirse a periodo del 1° de junio de 2016 al 31 de octubre del mismo año., a lo cual la apoderada de la parte actora manifiesta estar de acuerdo.

Se decretan como pruebas, las documentales obrantes al plenario, dictamen pericial en las instalaciones de COMFACOR EPS en la ciudad de Montería y testimonios.

En la audiencia de que trata el artículo 373 se recepcionan testimonios y se corre traslado a las partes para que presenten sus alegaciones finales, oportunidad en la que los abogados insisten en la prosperidad de sus pretensiones y excepciones propuestas.

CONSIDERACIONES

PRESUPUESTOS PROCESALES:

En el plenario se advierte la concurrencia de los elementos necesarios para la regular formación y el perfecto desarrollo del proceso, considerados por la jurisprudencia y la doctrina como presupuestos procesales ya que permiten al fallador emitir sentencia de mérito bien acogiendo o bien denegando las pretensiones del actor, pues no hay duda acerca de la competencia de este despacho para conocer del asunto por la cuantía y calidad de las partes, se cumplen las exigencias generales y específicas ínsitas a este tipo de escritos demandatorios; hay capacidad para ser parte y capacidad procesal.

También se aprecia que el trámite dado al asunto es idóneo, y no se vislumbra motivo de nulidad que pueda invalidar la actuación desplegada.

LA ACCIÓN

Se trata en el presente caso de acción encaminada a obtener el pago de las sumas de dinero aseguradas a través del contrato de seguro de que trata la “PÓLIZA PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO” No. 000706532712, en la que funge como tomador y asegurado la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR y QBE SEGUROS S.A., como aseguradora, que ampara las enfermedades relacionadas en la mencionada póliza.

En primer término, la celebración del referido contrato cuyo cumplimiento se pretende, no se remite a duda, como quiera que con la demanda fue aportada la respectiva póliza y la parte demandada al replicar la demanda no negó su celebración, caso en el cual, para resolver el presente litigio, habrá de partirse del hecho legalmente probado de la existencia y validez del contrato de seguro cuyo cumplimiento se pretende.

Por tanto, el problema jurídico a resolver, se concreta a determinar si surgió a cargo de la aseguradora, la obligación de pagar a la demandante el monto relacionado en la demanda, por haberse acreditado la ocurrencia del riesgo amparado en el referido contrato, riesgo que como se vio, consiste en el cubrimiento de las ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS relacionadas en la respectiva póliza, respecto de las personas que aparezcan en el REGISTRO DE AFILIADOS EN LA BASE DE DATOS, actualizado en la forma y términos estipulados en la póliza.

Según se precisó en las condiciones especiales que rigen el contrato de seguro celebrado entre las partes, contenidas en el documento aportado con la demanda, “...QBE SEGUROS S.A. INDEMNIZARÁ AL TOMADOR HASTA LA SUMA INDICADA EN LA CARATULLA DE LA PÓLIZA, EL **REEMBOLSO** DE LOS GASTOS MÉDICOS QUE SE CAUSEN DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA...”. Por tanto, atendiendo el objeto del seguro expresamente pactado, el riesgo asegurado consiste en el pago en que haya incurrido la aseguradora CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR, por concepto de las enfermedades catastróficas relacionadas en la demanda, por lo que, acaecido el siniestro, esto es, efectuado el pago por concepto de tales enfermedades e informado el siniestro cumpliendo los requisitos estipulados en la CLÁUSULA NOVENA de las condiciones especiales del contrato de seguro, nacía a cargo de la aseguradora la obligación de efectuar el respectivo reembolso a cargo de la parte demandante.

Por las características de la póliza, y especialmente, por la forma en que debía probarse la ocurrencia del siniestro, puede decirse que era un procedimiento, complejo, iniciado a partir de la prueba de pago de los servicios efectivamente prestados por las enfermedades catastróficas amparadas y que abarcada historia

clínicas de pacientes, autorizaciones de las respectivas EPS, facturas, cuentas, medicamentos, etc., respecto de cada enfermedad atendida y efectivamente pagada por la aseguradora CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR.

Sobre el tema, vale decir, el cumplimiento de los requisitos pactados para la acreditación del siniestro asegurado (el reembolso), la parte demandada propuso en su defensa excepciones de mérito que rotuló, entre otras: 1) **“Inexistencia de obligación a cargo de QBE SEGUROS S.A.: Ausencia de acreditación de la ocurrencia de un siniestro y/o pérdida, frente a la póliza para enfermedades de alto costo No.000706532712”**, 2) **“Pérdida del derecho al pago de la indemnización por mala fe en la comprobación del derecho al pago del siniestro (caducidad del derecho a la prestación asegurada) - cobro de lo no debido”**; 3) **“Inexistencia de obligación a cargo de QBE por incumplimiento de las garantías previstas en el contrato de seguro. -terminación del contrato de seguro desde su infracción y aplicación de la excepción de contrato no cumplido (art.1609 c.c.)”** y 4) **“Inexistencia de la obligación de pago de la indemnización de la póliza para enfermedades de alto costo no. 000706532712 - sujeción a los términos y condiciones del seguro - cobro de lo no debido”**.

Los argüidos medios de defensa esencialmente se sustentan en que la parte demandante no acreditó idóneamente el siniestro respecto de las facturas motivo del presente proceso, dado que no demostró haber efectuado el pago de tales facturas a las respectivas IPS, se trata de servicios por enfermedades no amparadas, que existe MALA FE en la demandante por el cobro indebido de facturas, y que por tanto no existe obligación de pago a cargo de la parte demandada.

Para determinar si probatoriamente se encuentra demostrado el acaecimiento del riesgo asegurado, habrá de empezarse por destacar que la parte demandante no asistió a la audiencia inicial de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, en virtud de lo cual, mediante auto de fecha 18 de febrero de 2020, se impuso a la demandante como sanción procesal, la presunción establecida en el numeral 4º del citado precepto, vale decir, *“...presumir ciertos los hechos en que se fundan las excepciones propuestas por el demandado siempre que sean susceptibles de confesión...”*, presunción que en el presente caso recaen esencialmente sobre el fundamento de las excepciones de mérito, atrás compendiados, según los cuales la demandante no acreditó idóneamente el siniestro respecto de las facturas motivo del presente proceso, dado que no demostró haber efectuado el pago de tales facturas a las respectivas IPS, se trata de servicios por enfermedades no amparadas, que existe MALA FE en la demandante por el cobro indebido de facturas, y que por tanto no existe obligación de pago a cargo de la parte demandada, todos ellos susceptibles de

confesión, dado que ninguno requiere prueba solemne, y se cumplen además los requisitos establecidos por el artículo 191 del Código General del Proceso.

Misma presunción se desprende, de la inasistencia del representante legal de la demandante a la referida audiencia, en la que disposición legal debía absolver interrogatorio de parte, caso en el cual se cierne sobre dicha parte la confesión que consagra el artículo 205 del Código General del Proceso que a la letra reza

ARTÍCULO 205. CONFESIÓN PRESUNTA. *La inasistencia del citado a la audiencia, la renuencia a responder y las respuestas evasivas, harán presumir ciertos los hechos susceptibles de prueba de confesión sobre los cuales versen las preguntas asertivas admisibles contenidas en el interrogatorio escrito.*

La misma presunción se deducirá, respecto de los hechos susceptibles de prueba de confesión contenidos en la demanda y en las excepciones de merito o en sus contestaciones, cuando no habiendo interrogatorio escrito el citado no comparezca, o cuando el interrogado se niegue a responder sobre hechos que deba conocer como parte o como representante legal de una de las partes”

Como se precisó con anterioridad, debido a la complejidad que requería la acreditación de la ocurrencia del siniestro cuya indemnización se pretende a través de este proceso, con la contestación de la demanda aportó la demandada dictamen rendido por McLaren's Investigaciones Global Services, en el que se concluyó que algunas de las facturas presentadas dentro de la reclamación NO fueron pagas por COMFACOR a las IPS, EPS y/o CLÍNICAS PRESTADORAS DE SALUD tal y como lo dio a conocer el Director Financiero de dicha entidad. Igualmente, algunas de ellas tienen valores glosados que no coinciden con el total de la factura que pretende cobrar COMFACOR.

Igualmente se practicó dictamen pericial elaborado por DELSA SALUD S.A.S., a través del cual se realizó auditoria al total de las facturas emitidas por COMFACOR a la demandante, hoy ZLS ASEGURADORA DE COLOMBIA S.A., de cuyo análisis la entidad auditora aportó al juzgado como conclusiones que la demandante “...no entregó los soportes requeridos que permitan al grupo auditor evidenciar realmente el pago d]e cada una de las 244 facturas a las IPS prestadoras de servicios de salud y que los pocos soportes entregados a la Auditoria Forense, como son los 26 pagos de Adres, no demuestran realmente el pago realizado por ninguna de las 244 facturas que hacen parte de la reclamación a ZLS Seguros...” y que la demandante “...no cuenta con la información de las 244 facturas que hacen parte de la demanda con ZLS Seguros...”

Acorde con lo dicho, surge paladino que además de la confesión que cierne a cargo de la parte demandante, probatoriamente se encuentra demostrado que COMFACOR EPS no acreditó idóneamente la consumación del siniestro asegurado como quiera que no

probó el pago de los servicios por concepto de las enfermedades catastróficas amparadas, con el lleno de los requisitos estipulados en el contrato de seguro, caso en el cual, es conclusión obligada las pretensiones de la demanda están llamadas al fracaso, debido a la carencia absoluta de pruebas que acrediten la obligación a cargo de la demanda.

Valga destacar que el éxito de las pretensiones no se deriva de la simple existencia del contrato de seguro y de la mera afirmación de haberse atendido y pagado enfermedades catastróficas, sino que para ello se requería que ciertamente la demandante probatoria que existía a su favor el derecho a obtener el **REEMBOLSO** de las sumas de dinero efectivamente pagadas por la atención de las enfermedades catastróficas amparadas en el contrato de seguro, y para ello se requería allegar los soportes de pago y demás documentos exigidos en las condiciones del respectivo contrato.

Si bien con la demanda se aportaron un sin número de documentos, el estudio técnico de ellos dejó al descubierto que las facturas fuente del reclamo, carecían del respaldo probatorio exigido en el contrato de seguro, por lo que surge paladino la carencia absoluta de prueba de la existencia del derecho motivo de la presente acción, sumado a tal vacío probatorio, la confesión que se cierne a cargo de la parte demandante, derivada de su inasistencia a la audiencia inicial, todo lo cual conlleva al fracaso de las pretensiones de la demanda y la condena en costas a la parte demandante.

DECISIÓN:

Acorde con lo esbozado, el JUZGADO CUARENTA Y UNO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D.C., administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley, **RESUELVE:**

PRIMERO: Negar las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Condenar a la demandante al pago de costas procesales. Como agencias en derecho inclúyase la suma de \$50.000.000.00

NOTIFÍQUESE y CUMPLASE



JANETH JAZMINA BRITTO RIVERO

JUEZ