



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20264200794371

Fecha: 2026-05-29 18:22

Página 1 de 5

Contestar a esta dependencia:  
DOP – Determinación del Deudor

Bogotá D.C.,

Señor(a)

**ROSA ANGELICA ORTIZ MANJARREZ**

angelikortiz3093@gmail.com

**Asunto:** Respuesta a los Radicados Nos. 20266302998552 y 20266302998562

Respetado(a) Señor(a) Rosa Angelica,

En atención a las comunicaciones identificadas con los radicados internos del asunto, en las cuales menciona y solicita: "(...) **Asunto:** Re: COMUNICACION EMITIDA POR ADRES ORFEO-20264200491041

*Disculpe pero yo no conducía esa moto*

*Esa moto me arollo ami y me dejo en la clina (...)" (sic)* La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, en ejercicio de las atribuciones legales y reglamentarias, conforme a lo establecido en la ley 1437 de 2011 y la ley 1755 de 2015, se permite emitir respuesta integral y de fondo a su petición en los siguientes términos:

Se le reitera a la peticionaria que mediante radicado No. 20264200491041 de fecha 24/04/2026 se le informo el inicio de actuación administrativa adelantada en su contra, la cual deviene del accidente de tránsito ocurrido el día 15/04/2024 en el que se vio involucrado el automotor de placa XMD45C, **conducido por usted**, según lo reportado por la institución prestadora de servicios de salud y lo registrado en el Sistema de Información SII – ECAT Procesos de Repetición. Para lo cual se adjunta pantallazos de la información del accidente, del vehículo involucrado, propietario, conductor, y de la víctima:

**Datos del Evento:**

|                        |                                                                                                                                                                                        |                             |                          |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Naturaleza del evento: | 01 - Accidente de tránsito                                                                                                                                                             | Descripción Del Otro Evento |                          |
| Descripción Del Evento | CONDUCTOR DE VEHICULO EN MOVIMIENTO DE PLACAS XMD45C SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO EN LA VIA COLISIONA CON OTRO VEHICULO MOTO RESULTANDO LESIONADO EN DIFERNTES PARTES DEL CUERPO |                             |                          |
| Dirección Evento       | CARRERA 15 CALLE 8 LA LOMA CESAR                                                                                                                                                       | Fecha Evento                | 15/04/2024 7:00:00 a. m. |
| Departamento           | CESAR                                                                                                                                                                                  | Municipio                   | EL PASO                  |
|                        |                                                                                                                                                                                        | Zona Ocurrencia del Evento  | Rural                    |

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES**

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20264200794371

Fecha: 2026-05-29 18:22

Página 2 de 5

Contestar a esta dependencia:  
DOP – Determinación del Deudor

**Datos del Vehículo Involucrado:**

|                       |                  |                                        |       |                        |             |
|-----------------------|------------------|----------------------------------------|-------|------------------------|-------------|
| Estado Aseguramiento  | No asegurado     | Marca                                  | HONDA | Placa                  | XMD45C      |
| Código Aseguradora    |                  | Número Póliza                          |       | Tipo de Vehículo       | Motocicleta |
| Fecha Inicio Vigencia |                  | Fecha Fin Vigencia                     |       | intervención Autoridad | No          |
| Número Radicado SIRAS | 9CC0F67EB3B1B811 | Cobro por agotamiento tope Aseguradora | No    |                        |             |

**Datos del propietario del vehículo**

|                  |                                        |                     |            |                       |            |
|------------------|----------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------|------------|
| Primer Nombre    | ALVARO                                 | Segundo Nombre      | JOSE       | Primer Apellido       | MOLINA     |
| Segundo Apellido | WILCHES                                | Tipo Identificación | CC         | Número Identificación | 1018415102 |
| Dirección        | CALLE 11 11 01 ACUEDUCTO LA LOMA CESAR | Teléfono            | 3172794362 |                       |            |
| Departamento     | CESAR                                  | Municipio           | EL PASO    |                       |            |

**Datos del conductor del vehículo**

|                  |                                        |                     |            |                       |            |
|------------------|----------------------------------------|---------------------|------------|-----------------------|------------|
| Primer Nombre    | ROSA                                   | Segundo Nombre      | ANGELICA   | Primer Apellido       | ORTIZ      |
| Segundo Apellido | MANJARREZ                              | Tipo Identificación | CC         | Número Identificación | 1064797807 |
| Dirección        | CALLE 11 11 01 ACUEDUCTO LA LOMA CESAR | Teléfono            | 3172794362 |                       |            |
| Departamento     | CESAR                                  | Municipio           | EL PASO    |                       |            |

**Datos de la Víctima:**

|                  |                                        |                     |            |                         |            |
|------------------|----------------------------------------|---------------------|------------|-------------------------|------------|
| Primer Nombre    | ROSA                                   | Segundo Nombre      |            | Primer Apellido         | ORTIZ      |
| Segundo Apellido | MANJARREZ                              | Tipo Identificación | CC         | Número Identificación   | 1064797807 |
| Fecha Nacimiento | 30/07/1993                             | Genero              | Femenino   | Fecha Fallecimiento     |            |
| Dirección        | CALLE 11 11 01 ACUEDUCTO LA LOMA CESAR | Teléfono            | 3172794362 |                         |            |
| Departamento     | CESAR                                  | Municipio           | EL PASO    | Condición de la Víctima | Conductor  |

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES**

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20264200794371

Fecha: 2026-05-29 18:22

Página 3 de 5

Contestar a esta dependencia:  
DOP – Determinación del Deudor

**Respuesta a solicitud de "Esa moto me arollo ami y me dejo en la clínica"**

|                                                                                   |                                                       |                 |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------|--------|
|  | <b>EPICRISIS</b>                                      | <b>Código:</b>  |        |
|                                                                                   | CLINICA REGIONAL DE ESPECIALISTAS SINAIS VITAIS S.A.S | <b>Versión:</b> |        |
|                                                                                   | NIT. 900498069-1                                      | <b>Fecha:</b>   |        |
|                                                                                   | CALLE 18 # 16 - 09 BOSCONIA CESAR                     | <b>Página:</b>  | 1 De 5 |
|                                                                                   | Telefono: 5781068                                     |                 |        |

No Historia: 1064797807

No Admisión: 140338

Paciente: ROSA ANGELICA ORTIZ MANJARREZ

Empresa: ADRES

Régimen: Otros

Documento:  
1064797807

Tipo: CC

Fecha Nacimiento: 30/07/1993

Edad: 30 años 8 meses 16 días

Dirección: CALLE 11 11 01 ACUEDUCTO LA LOMA CESAR

Municipio: EL PASO Zona: URBANA Sexo: F

Ocupación: ABOGADOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Teléfono: 3172794362

Fecha Ingreso: 15/04/2024

Hora Ingreso: 10:57

Fecha Egreso: 18/04/2024

Hora Egreso: 14:11

Servicio de Ingreso: ORTOPEDIA

Servicio de Egreso: ORTOPEDIA

#### Diagnóstico De Ingreso

Diagnóstico 1: CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

CIE-10 S801

Diagnóstico 2:

CIE-10

Diagnóstico 3:

CIE-10

Diagnóstico 4:

CIE-10

#### Motivo Consulta De Ingreso

" ME REMITIERON"

#### Enfermedad Actual De Ingreso

PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIA REMITIDA EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTOCICLETA, PÁCIEN TE RIFIERE QUE MIENTRAS CONDU CIA UNA MOTO CHOCO CON OTRO MOTO, OCACIONANDO LE TRAUMA TORACOABDOMINAL CERRADO, TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO ASOCIADO A EDEMA, DOLOR, DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL CON QUEMADURAS POR FRICCION EN DORSO ME MIEMBRO AFECTADO. NIEGA PERDIDA DE LA CONCIENCIA U OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA.

De acuerdo con lo registrado en la historia clínica, usted era la conductora del vehículo de placa XMD45C, siendo procedente la obligación.

Ahora bien, respecto al siniestro vial que origino la obligación objeto de la presente actuación administrativa, es importante tener en cuenta que el artículo 192 del Decreto 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), señala que todo vehículo que transite en el territorio colombiano debe estar amparado por UN SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO-SOAT, así: "OBLIGATORIEDAD. Para transitar por el territorio nacional todo vehículo automotor debe estar amparado por un seguro obligatorio vigente que cubra los daños corporales que se

#### Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20264200794371

Fecha: 2026-05-29 18:22

Página 4 de 5

Contestar a esta dependencia:

DOP – Determinación del Deudor

causen a las personas en accidentes de tránsito. (...). Concordante con el artículo 42 de la Ley 769 de 2002.

Para el caso en particular, se evidencia según reporte de la plataforma de FASECOLDA que, el vehículo de placa XMD45C, **no contaba con el Seguro Obligatorio de accidentes de Tránsito SOAT al momento del siniestro vial acaecido el día 15/04/2024**, como se demuestra a continuación:

| Numero Poliza | Fecha Inicio | Fecha Vencimiento | Fecha Expedición | Codigo aseguradora | Tipo Identificación | Numero Identificación | Nombres Apellidos          | Placa  |
|---------------|--------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------|--------|
| 8990625       | 05/10/2012   | 04/10/2013        | 04/10/2012       | AT1333             | NI                  | 1018415102            | ALVARO JOSE MOLINA WILCHES | XMD45C |

Conforme lo establece el artículo 2.6.1.4.3.14 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 106 del Decreto 2106 de 2019, la ADRES debe **repetir el pago contra del conductor y/o propietario del vehículo que haya incumplido la obligación de contar con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT**:

**ARTÍCULO 2.6.1.4.3.14. Repetición.** Se podrá repetir el pago realizado a las víctimas de accidentes de tránsito, así:

(...)

**PARÁGRAFO.** De conformidad con lo previsto en el artículo 1668 del Código Civil, el Fosyga se entiende subrogado en los derechos de quien hubiere recibido cualquier suma de la Subcuenta ECAT de dicho Fondo por concepto de pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, con ocasión del incumplimiento del propietario del vehículo de la obligación de adquirir el SOAT. **No obstante, la persona que conducía el vehículo no asegurado al momento del accidente será solidaria por todo concepto de responsabilidad que le asista al propietario del vehículo por cuenta del incumplimiento de la obligación de adquirir el SOAT. En estos casos, el Fosyga adelantará las acciones pertinentes** contra el propietario del vehículo para la fecha del accidente, encaminadas a recuperar las sumas que haya pagado por los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo **y contra el conductor si lo estima pertinente.** (Negritas y subraya fuera del texto original).(...)

De acuerdo con lo anterior, se concluye que la señora **ROSA ANGELICA ORTIZ MANJARREZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1064797807, se vio involucrada en un accidente de tránsito, sin contar para la fecha anteriormente mencionada con la respectiva Póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT- legal y vigente, lo que originó que la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES- pagara dineros correspondientes a servicios en salud (médicos, quirúrgicos,



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20264200794371

Fecha: 2026-05-29 18:22

Página 5 de 5

**Contestar a esta dependencia:  
DOP – Determinación del Deudor**

hospitalarios, etc.) y transporte al centro asistencial, y/o indemnización a las víctimas ocasionados en un accidente de tránsito donde se encuentra inmerso automotores que no cuentan con la respectiva póliza legal y vigente.

Es importante indicarle al peticionario que, conforme al marco normativo para desvirtuar la obligación deberá presentar la certificación expedida por la compañía de seguros en la cual certifique que el vehículo de placa **XMD45C** involucrado en el siniestro se encontraba amparado con una póliza SOAT vigente al momento del accidente de tránsito, de lo contrario responderá por las obligaciones atribuidas.

De este modo se da respuesta de fondo a su petición y se reitera que la no cancelación de la obligación pendiente conlleva a continuar con el cobro por los medios jurídicos que otorga la ley, con los intereses moratorios y gastos que cause su cobranza. Cualquier información adicional podrá ser elevada al correo electrónico correspondencia1@adres.gov.co.

Cordialmente,



Firmado Digitalmente por  
Yasmín Escamilla B.  
Directora (E) de Otras Prestaciones

**YASMÍN ESCAMILLA B.**  
Directora (E) de Otras Prestaciones

Revisó: Rafael Enrique Roa Pinzón - Abogado Contratista   
Elaboró: Mónica Murcia Castro - Contratista   
Expediente: ROSA ANGELICA ORTIZ MANJARRÉZ - C.C. 1064797807  
Anexos: Sin anexos.