



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE ANTIOQUIA
Sala Tercera de Decisión Laboral

EDICTO

La Secretaría de la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Antioquia;

HACE SABER

Que se ha proferido sentencia en el proceso que a continuación se relaciona:

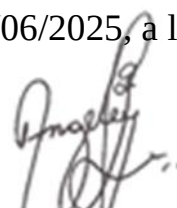
PROCESO:	Ordinario Laboral
DEMANDANTE:	Fundación Hospital San Vicente de Paúl de Rionegro
DEMANDADO:	La Nación-Ministerio de Salud y Protección Social y ADRES
PROCEDENCIA:	Juzgado 1° Laboral del Circuito de Rionegro
CURN:	05 615 31 05 001 2018 00130 01
RDO. INTERNO:	SS-8745
FECHA:	8 de mayo de 2025
DECISIÓN:	Modifica parcialmente y confirma en lo demás
MAGISTRADO PONENTE:	Dr. William Enrique Santa Marín

El presente edicto se fija en el micrositio de EDICTOS de la página web de la Rama Judicial del Poder Público de Colombia, por un (1) día hábil, hoy 4/06/2025, a las 08:00 horas, con fundamento en lo previsto en el art. 41 del CPTSS, en concordancia con el artículo 40 *ibidem*. La notificación se entenderá surtida al vencimiento del término de fijación del edicto.
<https://tribunalsuperiorantioquia.com/sala-laboral/estados-edictos-traslados-y-avisos>



ANGELA PATRICIA SOSA VALENCIA
Secretaria

El presente edicto se desfija hoy 4/06/2025, a las 17:00 horas



ANGELA PATRICIA SOSA VALENCIA
Secretaria



TRIBUNAL SUPERIOR DE ANTIOQUIA
Sala Laboral

REFERENCIA	: Sentencia de Segunda Instancia
PROCESO	: Ordinario Laboral
DEMANDANTE	: Fundación Hospital San Vicente de Paúl de Rionegro
DEMANDADOS	: La Nación-Ministerio de Salud y Protección Social y ADRES
PROCEDENCIA	: Juzgado 1° Laboral del Circuito de Rionegro
RADICADO ÚNICO	: 05 615 31 05 001 2018 00130 01
RDO. INTERNO	: SS-8745
DECISIÓN	: Modifica parcialmente y confirma en lo demás

Magistrado Ponente: Dr. WILLIAM ENRIQUE SANTA MARÍN

Medellín, ocho (8) de mayo de dos mil veinticinco (2025)

Diez (10:00) horas

En esta oportunidad y de conformidad con el art. 13 de la Ley 2213 del 13 de junio de 2022, despacha el Tribunal, el recurso de apelación interpuesto por la ADRES, contra la sentencia de primer grado emitida el 28 de junio de 2024, por el Juzgado Primero Laboral del Circuito de Rionegro, dentro del proceso ordinario laboral que instauró la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE RIONEGRO contra la apelante como sucesora procesal del CONSORCIO SAYP 2011 y el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, el cual además, en caso de ser necesario, se conocerá en grado jurisdiccional de consulta por la condena impuesta en contra de la ADRES.

AUTO

En atención al memorial que se recibió en el correo electrónico de la Secretaría de la Sala, se acepta la renuncia del poder presentada por la doctora ASTRID YUBEIDY VERA OQUENDO, abogada titulada e inscrita, con T.P. 257.574 del C. S. de la J., quien viene actuando en calidad de apoderada judicial de la ADRES, la cual pone fin al mandato, por haber satisfecho los requisitos del inciso 4° del artículo 76 del CGP.

La Sala, previa deliberación del asunto según consta en el acta N° 178 de discusión de proyectos, acogió el presentado por el ponente el cual se traduce en la siguiente decisión.

ANTECEDENTES

Pretende la Fundación demandante se declare que las demandadas MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y el FOSYGA hoy ADRES, adeudan el capital contenido en las reclamaciones por prestación de servicios de salud y, en consecuencia, sean condenadas al pago de la suma de \$171.494.752, con los intereses moratorios o en subsidio la indexación y las costas y agencias en derecho.

En apoyo de sus pretensiones afirmó como hechos relevantes, que los establecimientos hospitalarios o clínicos tienen la obligación de atender las víctimas de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y actos terroristas, por tanto, como Institución Prestadora de Servicios de Salud, estaba obligada a suministrar la atención médica, en forma integral a las víctimas de los mencionados eventos desde la atención inicial de urgencias hasta la rehabilitación final, teniendo la obligación legal y constitucional de atender los pacientes que llegaran por urgencias, independiente de si existe orden previa o contrato con la entidad de seguridad social a la que pertenecían dichos pacientes.

Manifestó que el Decreto 1283 de 1996 reglamentó el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud, disponiendo que era una cuenta adscrita al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, manejada por encargo fiduciario, teniendo la responsabilidad legal de cancelar a los establecimientos hospitalarios o clínicos las sumas adeudadas por conceptos de prestación de servicios médicos asistenciales en los casos señalados anteriormente, previa auditoria médica que era realizada para la época de los hechos por la Unión Temporal Nuevo Fosyga.

Agregó que el HOSPITAL atendió a víctimas de accidentes de tránsito que debían ser asumidas por el FOSYGA por un valor de \$171.494.752 con el lleno de los requisitos documentales necesarios para su pago, reclamaciones (facturas) que fueron presentadas ante el MINISTERIO por intermedio de la empresa auditora (Unión Temporal Nuevo Fosyga) para que las revisara y posteriormente, la administradora Consorcio SAYP a nombre del MINISTERIO efectuara el desembolso para el pago de la prestación de los servicios, sin embargo, dicha demandada presentó objeciones a la facturación radicada, glosas que se hicieron por fuera del término asignado por la ley, por lo que se debía entender que dichas

facturas carecían de glosas, no obstante, procedió a dar respuesta por un ejercicio académico y con el ánimo de que las facturas fueran más transparentes, al punto que sólo siguió cobrando las que tenían plenitud de soportes.

Sostuvo que además existían otras glosas por causa de extemporaneidad, lo que significaba que el MINISTERIO omitió el pago de otra parte por radicación o respuesta extemporánea, por lo que su pago ya no se podía realizar por la vía administrativa, sino que se debía realizar por la vía judicial, que además dicho MINISTERIO por medio de sus contratistas, omitió la cancelación de una parte de lo adeudado, argumentando algunas causas médicas y administrativas, evidenciándose que eran objeciones injustas, pese a ello, con el ánimo de que las cuentas estuvieran más claras y transparentes, emitió legalmente la respuesta frente a las objeciones injustas e inoportunas, defendiendo debida y justamente su facturación y cumplió cabalmente con los términos, que no obstante, el MINISTERIO a través del CONSORCIO SAYP actuando en nombre de FOSYGA, emitió erróneamente la objeción definitiva y se negó al pago, reiterando que dichas objeciones se emitieron por fuera del término legal para formularlas y carecían de fundamento legal, lo que conllevó a acudir a la jurisdicción ordinaria laboral para que se hiciera el pago, agotando la reclamación administrativa.

Las entidades demandadas fueron debidamente notificadas.

El CONSORCIO SAYP 2011 respondió que no era el competente para adelantar o realizar el trámite de auditoría integral (médica, jurídica y financiera) sobre las cuentas que eran objeto de reclamación, porque únicamente estaba encargado de realizar los pagos, pero previa ordenación del pago que impartiera el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL al Consorcio como actual administrador fiduciario, el que se realizaba una vez agotado todo el trámite dispuesto en la ley para la aprobación de las reclamaciones, entre ellos, la auditoría integral que realizaba la actual entidad auditora Unión Temporal FOSYGA 2014, razón por la cual no tenía responsabilidad alguna en los aspectos relacionados con la pertinencia y pago de las reclamaciones objeto de la demanda. Se opuso a las pretensiones y presentó como excepciones las de falta de legitimación en la causa por pasiva, el CONSORCIO SAYP 2011 no reemplaza ni responde solidariamente con la Unión Temporal Nuevo Fosyga hoy Unión Temporal Fosyga 2014 ni con el Consorcio Fidufosyga 2005, imposibilidad jurídica, inexistencia de la obligación de pago de las reclamaciones, prescripción y la innominada.

El MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, por su parte, frente a los hechos dijo que eran interpretaciones subjetivas de la demandante acerca de las

obligaciones legales y constitucionales que tenía en calidad de prestador del servicio de salud, sin que fuera cierto que hubiera llenado el total de los requisitos documentales necesarios para el reconocimiento de los valores, además porque en el trámite de auditoria no se cumplió con las condiciones suspensivas. Se opuso a las pretensiones e invocó como excepciones las de culpa exclusiva de la entidad reclamante, inexistencia de la obligación e improcedencia y la innominada.

Por su parte, la ADRES a pesar de haber sido debidamente notificada, guardó silencio.

EL FALLO DE PRIMERA INSTANCIA

Agotado el trámite procesal, el Juzgado de origen mediante sentencia condenó a la ADRES a reconocer y pagar a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL CENTRO ESPECIALIZADO RIONEGRO la suma de \$171.439.792 por concepto de prestación de servicios de salud a víctimas en accidentes de tránsito, los intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación y cuenta de cobro y hasta el momento del pago efectivo y las costas.

A modo de motivación, la funcionaria expuso que conforme al dictamen pericial practicado en el proceso, la perito señaló que correspondían para pago las facturas que sumaban \$52.062.800 y no procedía el pago de aquellas que totalizaban \$119.431,943, explicando la normativa que aplicó al asunto, observando que del total de las 66 facturas que se presentaron para su cobro, la entidad demandante efectivamente prestó servicios a víctimas de accidentes de tránsito, por lo que el objeto de discusión era el referente al trámite administrativo que se realizó ante la autoridad competente para el recobro de esos servicios, lo cierto era que ante el trámite administrativo que realizó la parte demandante ante la autoridad competente y conforme al dictamen pericial, no se aportaron las pruebas pertinentes en algunas facturas, en otras había una falta de agotamiento y de soporte, falta de agotamiento o doble cobertura, sin embargo lo cierto era que cuando se acudía a la justicia en busca del reconocimiento del cobro de esas atenciones que se brindaron a víctimas en accidentes de tránsito, no se exigía el agotamiento del trámite administrativo como requisito de procedibilidad, por lo que conforme a la jurisprudencia de la Sala Segunda de Decisión Laboral del Tribunal Superior de Antioquia, en providencia del 17 de noviembre de 2023, era claro que la ADRES deberá reconocer lo referente a las facturas reclamadas al quedar plenamente acreditado que se prestó el servicio de salud, independientemente de los trámites y de lo que se haya indicado en el trámite administrativo, el que no tenía nada que ver con el proceso judicial donde simplemente bastaba

con que se acreditara la prestación del servicio por una institución prestadora de salud, debidamente habilitada para que procediera el pago de esa facturación, por lo tanto, la ADRES adeudaba a la FUNDACIÓN demandante la suma de \$171.439.792, siendo descartada la factura por \$54.960 al ser doble.

LA APELACIÓN

La apoderada de la ADRES interpuso y sustentó el recurso de apelación en forma oral. Adujo que no se tuvo en cuenta el pago que se realizó de cuatro reclamaciones y que se tenía como prueba el recibo de transferencia de la cuenta BBVA del 23 de junio de 2016 por valor de \$5.038.936 que se aportó con la contestación de la demanda, que se demostró el pago y el apoyo técnico de cuatro reclamaciones que tenían estado de aprobado y pagada, el cual generaba con la sentencia un doble pago, un detrimento para los recursos de la salud y un enriquecimiento sin justa causa para la parte demandante, resaltando que dicha entidad era pública y antiguamente el FOSYGA, donde todas las reclamaciones se presentaban por paquetes, es decir, que podían estar incluidas varias reclamaciones y de esas reclamaciones se podía generar el pago de ciertos ítems o de algunos de ellos y de otros no, por lo cual se generó un pago parcial frente a unos ítems que fueron aprobados y el cual dio la suma antes indicada, es por ello que frente a esas reclamaciones hubo pago y ya fue acreditado, con lo cual no se podía condenar a dichas sumas de dinero.

En relación con el resto de la condena de las otras 62 reclamaciones, recordó que dentro del proceso se tuvo peritazgo de la Universidad CES, una institución idónea que hizo una revisión de la auditoría presentada y realizada por el antiguo Unión Temporal, la auditoría gozaba de toda presunción de legalidad, puesto que fueron basados por los conceptos emitidos por el auditor, el cual realizó esa revisión conforme a los lineamientos establecidos en criterios médicos, jurídicos y financieros, de esa manera, cuando generó una glosa de rechazo frente a las reclamaciones, la misma no se dio de forma caprichosa, sino por el incumplimiento de los requisitos, por lo que no bastaba con solamente expresar el servicio de salud, existía una normatividad que establecía cuáles eran los requisitos para el cobro de esos servicios de salud y no solamente era decir que se prestó el servicio de salud, sino que se debían aportar ciertos documentos de forma idónea y dentro del tiempo establecido por el artículo 13 del Decreto 289 de 2002 y el Decreto 3990 de 2007, es decir, que las reclamaciones que se hicieron después de este tiempo eran extemporáneas, por lo que observaba que las facturas fueron denegadas, es decir, ninguna de ellas se aprobó el pago y presentaron las glosas mencionadas con anterioridad, lo cual establecía que no cumplieron con los lineamientos establecidos por las normas, por lo que reconocer los mismos generaba un detrimento patrimonial para la entidad, ya que de esas

reclamaciones se observaban múltiples inconsistencias entre los medios físicos y magnéticos, los cuales fueron evidenciados por el perito de la Universidad CES, el cual detalló y analizó cada uno de estos ítems y por lo cual consideraba que frente a 32 reclamaciones no era procedente el pago, por lo que solicitaba tenerlo en cuenta y se le diera verdadero valor probatorio a dicho dictamen, porque de no hacerlo y sostener que solamente se necesitaba la acreditación de un servicio de salud, no hubiera sido necesaria la prueba de dicho peritazgo para que analizara los criterios médicos, científicos y financieros de dichas reclamaciones, es decir, no se le podía restar valor probatorio a dicha prueba, ya que la misma hizo un análisis y verificación de todo lo realizado por el ente auditor y por lo cual solicitaba se le diera pleno valor probatorio y se analizara lo indicado por dicha profesional.

Por otro lado, en relación con los intereses, solicitó que se denegaran, ya que conforme al Decreto 281 de 2002, se estableció un plazo para el pago de los recobros y si se hacía de manera tardía, constituía una causal para el no reconocimiento de dicha prestación, tal como lo había acogido el Consejo de Estado en la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, en la sentencia del 28 de febrero de 2013, con ponencia de la magistrada Stella Díaz del Castillo, donde reiteraba la sentencia C-510 de 2004 de la Corte Constitucional, la cual decía *“En razón de que no es posible atribuir el pago de intereses moratorios, toda vez que no existe norma expresa que lo consagra, lo cual puede constituir un enriquecimiento sin justa causa a la parte favorecida en dicho pago, yendo en detrimento sobre el patrimonio público”*, es decir, que el reconocimiento de esos intereses sería favorecer a la parte demandante por no haber cumplido con el requisito de los llenos legales para solicitar la reclamación y esperar más tiempo porque se beneficiaría de un doble pago, es decir, la solicitud de la reclamación más esos intereses que eran interés sanción, que antes saldría favorecida y sería como un premio o un incentivo para que las entidades no cumplieran con los requisitos establecidos en la norma y acudieran a las instancias judiciales, con el fin de buscar no cumplir los lineamientos establecidos en la norma y por la entidad administrativa.

Po lo tanto, solicitó que se analizaran cada una de las decisiones, teniendo en cuenta que la ADRES tomaba sus decisiones conforme a un ente auditor, integrado por especialistas dedicados a la profesión de auditoría y el cual se hacía conforme a unos lineamientos y unas normas establecidas, y no se hacía con el fin de no cumplirles en el pago a las IPS o EPS que prestaban el servicio de salud, por lo que se debía revocar la sentencia y absolver a la entidad.

Concedido el recurso, el expediente fue remitido a la Sala Laboral del Tribunal Superior de Antioquia, el que fue recibido en la Oficina de Apoyo Judicial el 12 de

julio de 2024 y remitido a esta Corporación el 17 del mismo mes, la que a través del suscrito Magistrado avocó el conocimiento y corrió traslado para presentar alegatos por escrito, del que hicieron uso la entidad apelante y la parte demandante.

La ADRES solicitó se tuviera en cuenta el argumento que se esgrimía durante el proceso sobre el hecho de no haber superado, desde un punto de vista médico, jurídico y económico, la auditoría integral aquellas reclamaciones presentadas por la demandante, teniendo en cuenta que las glosas estaban soportadas en el Manual Único de Glosas, Reclamaciones y Respuestas y demás normas concordantes y en ese sentido, la demandante en ningún momento subsanó ni superó en su momento. Así mismo, las pretensiones carecían de fundamento constitucional y legal, toda vez que no se dio cumplimiento con los requisitos necesarios para ordenar el pago; igualmente se presentaban inconsistencias entre el medio magnético y los físicos del recobro y como constaba en el apoyo técnico aportado al cual no se le dio una validez ni un análisis probatorio, el cual evidenciaba que las glosas impuestas fueron conforme a los soportes presentados en el trámite administrativo, el cual era reglado y máxime cuando se trataba de los recursos de la salud, siendo improcedente realizar el pago de lo exigido, dado que no cumplía con los requisitos mínimos establecidos en la normatividad y, por ende, no basta únicamente con la prestación del servicio de salud a través de medicamentos, procedimientos y tratamientos, sino que debía cumplirse con los requisitos especiales y generales que se debían cumplir por las entidades que pretendían hacer valer determinadas reclamaciones en contra de la Nación, requisitos que no podían pasarse por alto porque no existía una obligación que debía pagarse, ya sea porque no se agotaba con las pruebas necesarias o porque la misma ya fue pagada, y representaría un pago de lo no debido y una agresión al patrimonio del Estado.

Agregó que dentro del proceso se aportó el apoyo técnico actualizado, donde se podía constatar que frente a 66 reclamaciones solicitadas había unas con el pago parcial y otras en el estado de glosados, por lo tanto, si estaban en estado de rechazados era por las razones legales y taxativas para ello, prueba pertinente y conducente que no tuvo una valoración por la juzgadora de primera instancia y al ordenar el pago de todo lo pretendido iba en detrimento de los recursos públicos de la salud que la ADRES administraba, ya que la prueba pericial que se decretó se encontraba ajustada a la ley, se emitió por un profesional idóneo y con la experiencia en el tema y no existía discusión que la demandante prestó servicios de salud a víctimas de accidentes de tránsito, por lo que en principio resultaban eficaces los documentos aportados y se analizó cada uno de ellos como base para el concepto, al igual que la valoración del perito y los fundamentos para la conclusión presentada, de modo que la parte demandante tuvo oportunidad de controvertir ese medio de prueba, pudo solicitar aclaración, ampliación o

adición del dictamen, precisando los aspectos que serían objeto de esas acciones, incluso tuvo la posibilidad de haberlo objetado por error grave, especificando los errores, manifestaciones que echó de menos y que en su momento hubiera justificado el decreto de una nueva experticia, actuaciones que no concurrieron, por lo que el dictamen gozaba de validez y la juzgadora de primera instancia omitió esta valoración probatoria solo basándose en la prestación del servicio.

Con respecto a los intereses moratorios, considero no tenían un sustento jurídico aplicable, ya que la norma no estableció ningún plazo para el pago de recobros a la EPS, de manera que el pago tardío no constituía tal causal, razón por la cual, tampoco resultaba posible la aplicación analógica de alguna otra norma dispuesta en el ordenamiento jurídico sobre el particular, puesto que no era admisible aplicar sanciones de esta manera; adicionalmente, si se consideraban procedentes, se debían reconocer desde el momento en el que se realizaron las reclamaciones y no desde que se prestaron los servicios, considerando, además, los intereses idóneos para dicho cálculo, diferente a la manera en la que se estimó en el Juzgado.

Por lo anterior, solicitó revocar totalmente la decisión y, en consecuencia, absolver a la entidad demandada en el pago de lo señalado y si no arribaba a las mismas conclusiones del dictamen de la ADRES mínimamente tener en cuenta las conclusiones del peritaje realizado y acceder parcialmente a lo pretendido y probado.

Por su parte, la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE RIONEGRO manifestó que la prestación efectiva de los servicios estaba demostrada en los soportes entregados por cada una de las facturas demandadas entre los cuales se tenían: historias clínicas donde reposaban las firmas y los registros médicos de cada uno de los profesionales de la salud que realizaron algún procedimiento o prestaron algún servicio durante la atención del paciente, las firmas de cada paciente o de su acudiente ora en la factura o en documentos anexo, donde se evidenciaba que el servicio de salud fue recibido por el paciente, lectura de exámenes o entrega de resultados por parte de las entidades que prestaron ayudas diagnósticas durante la atención del paciente, documentos administrativos que demostraban que la atención provino de un accidente de tránsito tales como SOAT o informes de las autoridades de tránsito, todos los documentos entregados en este proceso se presumían auténticos, toda vez que los mismos no fueron objetados ni tachados de falsedad por parte de la entidad demandada, además la perito no objetó ni desestimó ninguno de los documentos aportados al proceso, tampoco la prestación efectiva del servicio en ninguna de las facturas, además solo deberían existir tres motivos de objeción: sobre la prestación del servicio, sobre el monto cobrado de dicha prestación o que la misma ya hubiese sido pagada por otra entidad, pero en las objeciones o glosas ninguna estaba dirigida a desestimar lo establecido en el artículo 4 del Decreto 3990 de 2007 y en algunas

reclamaciones se limitaban a manifestar que obedecían a un doble cobro sin establecer en qué factura fue cobrado dicho servicio ni demostrarlo, por lo que reconocer las objeciones de la entidad demandada sería poner una carga adicional a las IPS.

Adujo que la tan insistida auditoría médica, jurídica y económica de la parte demandada era un trámite eminentemente administrativo que se debía adelantar ante el FOSYGA, hoy ADRES, debido a que se trataba de una barrera casi infranqueable, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se veían avocadas a adelantar largos procesos jurídicos en los cuales, la ADRES pretendía seguir argumentando la falta de un proceso eminentemente administrativo, el cual trasladaba a los despachos judiciales, siendo la vía jurisdiccional la llamada a imponer la ley sobre una cantidad de trabas administrativas impuestas por la entidad demandada con la única finalidad de no cancelar las prestaciones de servicios de salud derivadas de una imposición del Estado, cual era, prestar servicios de salud obligatoriamente a pacientes en estado de urgencia.

Por lo tanto, concluyó, la FUNDACIÓN cumplió: 1) con su obligación legal de prestar servicios de salud de urgencias, 2) con su obligación de acreditar la ocurrencia del hecho de su cuantía y, 3) acreditó la prestación de los servicios de salud y que la ADRES no desvirtuó ni la ocurrencia del hecho ni la cuantía y no objetó los documentos aportados, por lo que se debía confirmar la sentencia bajo el entendido que se trataba de una obligación legal de prestar servicios por parte de la FUNDACIÓN, estaba demostrada la prestación de servicios de salud y la ocurrencia del hecho, la cuantía y ninguno de los documentos aportados fueron objetados o tachados de falsos, por lo que ninguna de las objeciones de la ADRES estaba dirigida a objetar la ocurrencia del hecho y la cuantía, por lo que solicitaba confirmar la sentencia.

Tras el anterior recuento, entra ahora la Sala a tomar la decisión que en derecho corresponda, previas las siguientes;

CONSIDERACIONES

Desde una doble perspectiva, la Sala revisará el fallo reseñado, en virtud del recurso de alzada invocado por la vocera judicial de la demandada ADRES y por vía del grado jurisdiccional de consulta frente a dicha entidad, en caso de ser necesario, establecido entre otros, para cuando el fallo contenga condenas a cargo de la Nación, según las voces del art. 69 del CPTSS.

En punto al recurso de alzada, la competencia del Tribunal para desatarlo está asignada por los artículos 10 y 35 de la Ley 712 de 2001, que modificaron en su orden los arts. 15 y 66 A del CPT y SS, de modo que la Sala analizará: i) Si procede la orden de pago de las facturas dispuesta por la A quo, por concepto de prestación de servicios de salud en accidentes de tránsito o si se le debe dar eficacia al dictamen pericial; en cuyo caso se estudiará; ii) Si aparece acreditado el pago de cuatro de las facturas cobradas y, iii) Si hay lugar a los intereses moratorios.

En punto a la procedencia del pago de las facturas correspondientes a la prestación de servicios de salud en accidentes de tránsito, cumple precisar que, con el libelo introductor¹, se aportó una relación detallada de las facturas cuyo pago se pretende, de las cuales se desprende que se trata de atenciones brindadas a usuarios del sistema de Seguridad Social en Salud, derivados de accidentes de tránsito, con cada una de las facturas se trajeron *soportes médicos-administrativos, relación de envío de facturas con el sello de recibido de UT Nuevo Fosyga, glosa o devolución realizada por la UT Nuevo Fosyga, respuesta a glosa o devolución dada por la FUNDACIÓN y control movimiento de respuesta a glosas o devoluciones*.

Ahora bien, para el cobro de la prestación de los servicios de salud antes mencionados por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, existe regulación especial que determina las condiciones y requisitos que deben cumplir las facturas que ha de presentarse al responsable del pago.

Al respecto, la Ley 100 de 1993 en su artículo 218 dispuso la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga-, en los siguientes términos:

Creación y Operación del Fondo. Créase el Fondo de Solidaridad y Garantía, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinará los criterios de utilización y distribución de sus recursos.

Dicho fondo tendría a su cargo los recursos que financien y/o cofinancien el Sistema de Seguridad Social en Salud. Así mismo, el artículo 219 ibídem, estructuró el fondo a partir de 4 subcuentas independientes: a) De compensación interna del régimen contributivo; b) de Solidaridad del régimen de subsidios en salud; c) De promoción de la salud y, d) Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

¹Cfr. Archivo digital 01ExpedienteDigitalizadoCuaderno1

Posteriormente, este Fondo fue sustituido por la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES-, a partir del 1° de agosto de 2017, por la Ley 1753 de 2015, que en su artículo 66 dispuso:

ARTÍCULO 66. Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, créase una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.

(...)

La Entidad tendrá como objeto administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. En ningún caso la Entidad asumirá las funciones asignadas a las Entidades Promotoras de Salud.

Para desarrollar el objeto la Entidad tendrá las siguientes funciones:

- a) Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en el presente artículo.
- b) Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013.
- c) Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud.
- d) Realizar los pagos, efectuar giros directos, a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.
- e) Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.
- f) Desarrollar los mecanismos establecidos en los artículos 41 del Decreto-ley 4107 de 2011 y 9° de la Ley 1608 de 2013.
- g) Administrar la información propia de sus operaciones.
- h) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

(...)

El Gobierno Nacional determinará el régimen de transición respecto del inicio de las funciones de la Entidad y las diferentes operaciones que realiza el Fosyga. En el periodo de transición se podrán utilizar los excedentes de las diferentes Subcuentas del Fosyga para la garantía del aseguramiento en salud. Una vez entre en operación la Entidad a que hace referencia este artículo, se suprimirá el Fosyga.

PARÁGRAFO 1°. El Gobierno Nacional establecerá las condiciones generales de operación y estructura interna de la Entidad y adoptará la planta de personal necesaria para el cumplimiento de su objeto y funciones.

PARÁGRAFO 2°. El cobro de los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen contributivo tendrá en cuenta la capacidad de pago de los usuarios y en consideración a los usos requeridos por pacientes con enfermedades crónicas y huérfanas.

Ahora bien, el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, se refiere a los riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, estableciendo que el Fondo de Solidaridad y Garantía hoy la ADRES, pagaría a la Institución los servicios médico-quirúrgicos, en los casos de urgencias generadas, entre otras, por accidentes de tránsito. Dicha norma es del siguiente tenor:

ARTÍCULO 167. RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la Institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO 1°. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta Ley.

(...)

PARÁGRAFO 3°. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

PARÁGRAFO 4°. El Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos.

Igualmente, se expidió el Decreto 056 de 2015 por medio del cual se *establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT*, el cual en sus artículos 8 y 9 estableció que el prestador de los servicios de salud que hubiera atendido a una víctima de accidente de tránsito, era el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago al Ministerio de Salud y Protección Social o a la entidad que fuera definida para el efecto, eventos que serían cubiertos por la subcuenta ECAT del Fosyga, mientras que su artículo 11 prevé el término para presentar las reclamaciones por los prestadores de servicios de salud².

² Prevé la norma en lo pertinente:

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:*

a) *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; (...)*

En el presente caso, la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE RIONEGRO presentó ante la UT NUEVO FOSYGA hoy ADRES, las reclamaciones por la prestación de los servicios de salud, en algunas de las cuales remitió comunicación del resultado de la auditoría integral de las solicitudes presentadas ante la Subcuenta ECAT del Fosyga, según el cual, solo una factura fue aprobada, tres fueron aprobadas de manera parcial y 62 facturas fueron rechazadas.

Ahora bien, en el curso del proceso, el Despacho de origen decretó dictamen pericial de oficio, con el fin de que se emitiera concepto técnico para determinar si las glosas fueron presentadas en su debida oportunidad, si las mismas encontraban respaldo en la documental aportada, si la parte demandante agotó las solicitudes de recobro contempladas en la norma en relación con cada uno de los recobros autorizados por los comités técnicos científicos de las EPS no incluidos en el POS y en general la procedencia del pago de los mismos y cualquier otro concepto que se considerara pertinente.

La perito aportó el respectivo dictamen, que es del siguiente tenor³:

CONCEPTO PERICIAL

De acuerdo con los soportes allegados, de las 66 cuentas reclamadas por el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL -RIONEGRO- tres de ellas **no** fueron radicadas en los términos definidos por la normatividad vigente para la fecha de prestación del servicio (Art 13 del decreto 1281 de 2002 y Decreto Ley 019 de 2012); y de éstas, una cumple con fenómeno de prescripción de acuerdo con el artículo 1080 del Código de Comercio, como se detalla a continuación:

ITEM N°	PAQUETE	FACTURA N°	RADICADO N°	FECHA EGRESO PACIENTE	FECHA PRIMERA RADICACIÓN N° FACTURA	Tiempo desde la prestación y la radicación inicial	SALDO	Cumplimiento de Tiempos de radicación inicial	Norma que aplica	Fenómeno de Prescripción
52	19036	4800046138	9880441	18/11/2011	5/08/2014	901	688.688	No	Art 13 del decreto 1281 de 2002	Si
54	19041	4800047429	9735871	23/12/2011	13/12/2013	721	4.864.286	No	Art 13 del decreto 1281 de 2002	No
59	19041	4800049176	9735883	30/12/2011	13/12/2013	714	4.329.218	No	Art 13 del decreto 1281 de 2002	No

Con respecto a la radicación de las objeciones realizadas por el Consorcio Fiduciario (NACIÓN), se identificó que el 100% de las mismas fueron notificadas (radicadas) de forma extemporánea al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL -RIONEGRO-, con tiempos de radicación promedio de 233 días, El tiempo transcurrido por cada factura se puede observar en la columna “U” de la hoja “detallado” del Anexo No. 1.

Al evaluar la calidad de las objeciones realizadas por el Consorcio Fiduciario (NACIÓN), se identificaron 32 facturas por valor de \$111.871.899 cuyas objeciones están debidamente ajustadas:

³Cfr. Archivo digital 037MemorialDictamen

ÍTEM N°	FACTURA N°	RADICADO N°	FECHA EGRESO PACIENTE	FECHA PRIMERA RADICACIÓN FACTURA	Tiempo desde la prestación y la radicación inicial	SALDO	¿Glosas del MPS pertinentes o ajustadas?
2	4800039073	9658521	9/05/2012	13/09/2013	492	4.177.047	Si
3	4800039089	9658522	6/06/2012	13/09/2013	464	4.126.929	Si
4	4800039102	9658524	14/04/2012	13/09/2013	517	4.319.679	Si
5	4800040007	9672509	3/05/2012	15/10/2013	530	324.305	Si
6	4800040138	9672449	4/07/2012	15/10/2013	468	4.441.814	Si
7	4800040179	9672450	5/06/2012	15/10/2013	497	5.205.642	Si
8	4800040185	9672451	7/06/2012	15/10/2013	495	5.517.014	Si
11	4800040280	9672452	16/04/2012	15/10/2013	547	1.639.585	Si
18	4800040792	9672454	26/07/2012	15/10/2013	446	103.160	Si
20	4800040851	9672458	21/04/2012	15/10/2013	542	4.994.555	Si
30	4800044081	9672492	11/09/2013	15/10/2013	34	488.276	Si
31	4800044282	9735792	9/06/2012	13/12/2013	552	5.602.626	Si
33	4800044318	9735797	21/04/2012	13/12/2013	601	5.337.319	Si
34	4800044325	9735798	9/06/2012	13/12/2013	552	5.786.999	Si
35	4800044338	9735799	12/06/2012	13/12/2013	549	5.667.000	Si
36	4800044506	9735863	3/05/2012	13/12/2013	589	5.660.040	Si
39	4800044659	9735800	9/05/2012	13/12/2013	563	32.700	Si
41	4800044960	9672503	20/09/2013	15/10/2013	25	9.680	Si
43	4800045612	9735803	7/03/2012	13/12/2013	646	4.928.119	Si
44	4800045751	9735804	11/02/2012	13/12/2013	671	1.615.297	Si
45	4800045767	9735805	4/05/2012	13/12/2013	588	183.649	Si
46	4800045779	9735806	13/04/2012	13/12/2013	609	5.333.037	Si
47	4800045792	9735866	23/03/2012	13/12/2013	630	5.667.000	Si
48	4800045805	9735867	31/05/2012	13/12/2013	561	5.013.202	Si
49	4800045815	9735868	2/05/2012	13/12/2013	590	5.706.395	Si
50	4800046021	9735810	4/05/2012	13/12/2013	588	410.100	Si
52	4800046138	9880441	18/11/2011	5/08/2014	991	569.588	Si
54	4800047429	9735871	23/12/2011	13/12/2013	721	4.854.285	Si
55	4800047488	9735873	9/04/2012	13/12/2013	613	4.589.167	Si
56	4800048222	9735781	17/10/2013	13/12/2013	57	54.960	Si
58	4800049168	9735882	5/03/2013	13/12/2013	283	5.183.514	Si
59	4800049176	9735883	30/12/2011	13/12/2013	714	4.329.216	Si
Saldo total						111.871.899	

En 9 facturas por un valor de \$42.704.600 se identificó que las objeciones realizadas por el Consorcio Fiduciario (NACIÓN) están parcialmente ajustadas:

ÍTEM N°	FACTURA N°	RADICADO N°	FECHA EGRESO PACIENTE	FECHA PRIMERA RADICACIÓN FACTURA	Tiempo desde la prestación y la radicación inicial	SALDO	¿Glosas del MPS pertinentes o ajustadas?
1	4800039055	9658519	11/05/2012	13/09/2013	490	5.613.358	Parcial
10	4800040240	9641888	15/07/2013	15/08/2013	31	873.008	Parcial
17	4800040695	9672453	13/08/2013	15/10/2013	63	129.783	Parcial
32	4800044284	9735793	24/03/2012	13/12/2013	629	4.604.687	Parcial
40	4800044858	9672501	17/09/2013	15/10/2013	28	218.657	Parcial
51	4800046119	9735812	1/10/2013	13/12/2013	73	3.800.840	Parcial
57	4800049142	9735880	26/08/2013	13/12/2013	109	13.150.322	Parcial
65	4800056865	9788610	14/11/2013	10/03/2014	116	12.534.445	Parcial
66	4800057337	9788613	27/12/2013	10/03/2014	73	1.779.500	Parcial
Saldo total						42.704.600	

y en 25 facturas que suman un valor de \$ 16.918.253 se identificó que las objeciones realizadas por Consorcio Fiduciario (NACIÓN) no fueron pertinentes:

ÍTEM N°	FACTURA N°	RADICADO N°	FECHA EGRESO PACIENTE	FECHA PRIMERA RADICACIÓN FACTURA	Tiempo desde la prestación y la radicación inicial	SALDO	¿Glosas del MPS pertinentes o ajustadas?
9	4800040215	9641887	25/07/2013	15/08/2013	21	60.400	No
12	4800040382	9658535	23/04/2013	13/09/2013	143	15.100	No
13	4800040387	9658836	29/04/2013	13/09/2013	137	15.100	No
14	4800040602	9658541	4/06/2013	13/09/2013	101	15.100	No
15	4800040606	9658542	24/06/2013	13/09/2013	81	15.100	No
16	4800040608	9658543	1/08/2013	13/09/2013	43	15.100	No
19	4800040840	9672457	11/06/2012	15/10/2013	491	66.400	No
21	4800040870	9735790	13/07/2012	13/12/2013	518	678.000	No
22	4800041090	9658562	10/08/2013	13/09/2013	34	661.088	No
23	4800042839	9672474	3/09/2013	15/10/2013	42	219.820	No
24	4800043279	9672480	7/09/2013	15/10/2013	38	118.866	No
25	4800043372	9672481	6/09/2013	15/10/2013	39	34.000	No
26	4800043580	9672484	10/09/2013	15/10/2013	35	137.955	No
27	4800043686	9735791	6/07/2012	13/12/2013	525	1.723.243	No
28	4800043692	9672485	10/09/2013	15/10/2013	35	3.390	No
29	4800043829	9672487	10/09/2013	15/10/2013	35	34.000	No
37	4800044546	9672497	17/09/2013	15/10/2013	28	2.027.248	No
38	4800044592	9672498	18/09/2013	15/10/2013	27	17.500	No
42	4800045514	9735802	19/04/2013	13/12/2013	238	86.000	No
53	4800046239	9735815	13/09/2013	13/12/2013	91	6.066.892	No
60	4800049628	9735888	9/10/2013	13/12/2013	65	591.100	No
61	4800050319	9735890	11/10/2013	13/12/2013	63	2.819.300	No
62	4800051133	9692973	11/11/2013	10/03/2014	119	1.096.400	No
63	4800053662	9788595	29/11/2013	10/03/2014	101	7.685	No
64	4800054489	9788601	13/10/2013	10/03/2014	148	393.466	No
Saldo total						16.918.253	

Finalmente, de las 66 facturas reclamadas por la parte demandante se identificaron 25 (veinticinco) que cumplen con todos los requisitos para el pago del saldo reclamado; 9 (nueve) que cumplieron parcialmente

con los requisitos para el reconocimiento del saldo reclamado y 32 (treinta y dos) que no cumplieron con los requerimientos para el reconocimiento del saldo reclamado.

Procede para pago	No. de cuentas	*Corresponde para pago	*No corresponde para pago
No	32	\$ -	\$ 111.871.899
Parcial	9	\$ 35.144.556	\$ 7.560.044
Si	25	\$ 16.918.253	\$ -
Total general	66	\$ 52.062.809	\$ 119.431.943

La principal causa de objeción reiterada durante la elaboración del dictamen pericial, fue la falta de soportes que permitieran evidenciar el agotamiento de cobertura de las atenciones derivadas de un accidente de tránsito con un vehículo asegurado y póliza de seguro SOAT vigente para la fecha del siniestro. El resumen de las objeciones realizadas durante la auditoria para el dictamen se presenta a continuación.

Procede para pago	No cuentas	*Corresponde para pago	*No corresponde para pago	Saldo reclamado
Soporte/Falta de agota	29	\$ -	\$ 111.308.985	\$ 111.308.985
No aplica glosa	25	\$ 16.918.253	\$ -	\$ 16.918.253
Soporte	4	\$ 20.646.943	\$ 5.906.387	\$ 26.553.330
Facturacion	3	\$ 711.241	\$ 510.207	\$ 1.221.448
Soporte/Falta de agota	2	\$ -	\$ 507.954	\$ 507.954
Facturación/Doble cob	1	\$ -	\$ 54.960	\$ 54.960
Soporte/ facturación	1	\$ 12.054.072	\$ 1.096.250	\$ 13.150.322
Pertinencia	1	\$ 1.732.300	\$ 47.200	\$ 1.779.500
Total general	66	\$ 52.062.809	\$ 119.431.943	\$ 171.494.752

Y a modo de conclusión, la auxiliar de la justicia expuso:

CONCLUSIÓN PERICIAL

De los \$ **\$171.494.752** reclamados por HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL - RIONEGRO- en **66** facturas, **\$119.431.943** no proceden para reconocimiento o pago, mientras que **\$52.062.809** tienen sustento para pago en los soportes aportados (Ver Anexo No. 1 en Excel con el detalle de la auditoría realizada)

Del anterior dictamen pericial, se dio traslado a las partes por el término de tres (3) días⁴, sin que ninguna de ellas hubiera pronunciado, sin embargo al día siguiente del vencimiento, la parte demandante solicitó requerir la comparecencia de la perito a la audiencia y luego, la ADRES presentó solicitud de aclaración al dictamen frente a las glosas de los radicados 9658519, 9641887, 9641888, 9672453, 9672457, 9735790, 9672474, 9672480, 9672481, 9672484, 9735791, 9672485, 9672487, 9735793, 9672497, 9672498, 9735802.

En atención a esta solicitud, la perito, presentó ampliación del dictamen, en los siguientes términos:

RESPUESTA AMPLIACIÓN DEL DICTAMEN

1. Frente a la glosa interpuesta en los radicados 9658519, 9641887, 9641888, 9672453, 9672457, 9735790, 9672474, 9672480, 9672481, 9672484, 9735791, 9672485, 9672487, 9735793, 9672497, 9672498, 9735802

Glosa: “1 EL PRESTADOR PRESENTA EL COBRO DE UN SERVICIO EN FECHA POSTERIOR A LA ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. EL RECONOCIMIENTO DE ESTA RECLAMACIÓN NO PUEDE EFECTUARSE POR VÍA ADMINISTRATIVA POR VENCIMIENTO DE TÉRMINOS (ARTÍCULO 6 RESOLUCIÓN 1915 DE 2008). 2. EN LA FACTURA SE COBRA UN

⁴Cfr. Archivo digital 38AutoCorreTrasladoDictamen

PROCEDIMIENTO O UNA ACTIVIDAD QUE HACEN PARTE INTEGRAL DE UN SERVICIO Y SE ESTÁN COBRANDO ADICIONALMENTE. SE VERIFICA EN EL RUNT NÚMERO DE LA PLACA CON PÓLIZA VIGENTE PARA LA FECHA DEL EVENTO.

Glosa:” 1. NO HAY CONCORDANCIA ENTRE EL MEDIO MAGNÉTICO Y MEDIO FÍSICO SE ATENDERÁ A LO CONTENIDO EN EL FÍSICO. EXISTE INCONSISTENCIA ENTRE MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO EN CUANTO A TELÉFONO DE PROPIETARIO Y CONDUCTOR DEL VEHÍCULO. En el Dictamen pericial se ordena el pago partiendo de la siguiente observación:

“Objeción por Extemporaneidad no pertinente, la cuenta fue radicada en los términos definidos por la normatividad vigente para la fecha de prestación” (...)

Este acápite indica unas fechas, las cuales supone del apoyo técnico y hace la claridad de la suposición, toda vez que, debe contar con los soportes emitir una respuesta y poder determinar la fecha de radicación y verificar la extemporaneidad.

Basado en lo anterior, se le solicita al perito aclarar las razones por las cuales indico que se debe hacer el pago de estos recobros, cuando las glosas interpuestas por la entidad gozan de plena validez, puesto que, no se encontró el soporte de la radicación, el cual se debió aportar por la parte demandante con cada factura. De igual manera, se le solicita a la perito indique en cada glosa la fecha de la prestación del servicio, la fecha de radicación conforme a los soportes probatorios en la fecha de radicación que se debió aportar el strikes por parte del accionante.

RESPUESTA:

De acuerdo con lo solicitado, se aclara para cada uno de los 17 radicados citados, el motivo por el cual en el proceso de auditoría integral para rendir el informe pericial se identificó que procede el pago total o parcial de los saldos reclamados por la IPS (...)

Por otro lado, de los 17 radicados citados, 3 no tienen relacionada en la última trazabilidad una objeción por cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida por la normatividad vigente: 9641887, 9735790 y 9735793; para los 14 restantes en los soportes físicos aportados por el juzgado puede evidenciarse que la factura NO presenta fenómeno de prescripción de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio ya que <NO> pasaron más de dos años desde la prestación del servicio (egreso del paciente) y la radicación de la cuenta por primera vez o en respuesta a glosa y/o radicación del proceso jurídico:

RADICADO N°	Numero de radicado (sticker) ante el fosyga	Fecha de soportes físicos rad inicial, de glosa y/o respuesta a glosa
9668519	11852	14/03/2014
9641888	17085	3/04/2014
9672453	31688	13/06/2014
9672457	31688	13/06/2014
9672474	31667	13/06/2014
9672480	31667	13/06/2014
9672481	31667	13/06/2014
9672484	31667	13/06/2014
9735791	19011	27/12/2013
9672485	31667	13/06/2014
9672487	31667	13/06/2014
9672497	31688	13/06/2014
9672498	31688	13/06/2014
9735802	45417	1/10/2014

2. Frente a la glosa interpuesta en el radicado 9735815

Glosa: “SE FACTURA POR SEPARADO UN PROCEDIMIENTO INCLUIDO EN OTRO YA FACTURADO. SE GLOSA REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA RÓTULA, EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO DE FÉMUR Y EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN PIERNA, TOBILLO O PIE SE ENCUENTRAN INCLUIDOS DENTRO DEL PROCEDIMIENTO.”

En el Dictamen pericial se ordena el pago partiendo de la siguiente observación: “Objeción por pertinencia y soporte de procedimientos quirúrgicos no ajustada, actividades debidamente liquidadas” Por lo anterior, se le solicita a la perito que aclaré la glosa, dado que, en su fundamento indica que la objeción es pertinente y está la relaciona en los valores a pagar por la suma de \$ 6.066.892

RESPUESTA:

Como se indica en el informe pericial, la glosa por pertinencia y por soporte de los procedimientos quirúrgicos objeto de cobro NO se encuentra ajustada, ya que las actividades objeto de recobro se encuentran debidamente liquidadas y soportadas, no es verdad que sean procedimientos incluidos en el procedimiento principal.

3. Frente a la glosa interpuesta en el radicado 9658562

Glosa: “OS CARGOS POR PROCEDIMIENTOS O ACTIVIDADES QUE VIENEN RELACIONADOS Y/O JUSTIFICADOS EN LOS SOPORTES DE LA FACTURA PRESENTA DIFERENCIAS CON LOS VALORES ESTABLECIDOS NORMATIVAMENTE, VIGENTES AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. SE EVIDENCIA MAYOR VALOR COBRADO EN REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA ALVEOLAR SUPERIOR O INFERIOR; INCLUYE FRACTURA DE TUBEROSIDAD MAXILAR, REIMPLANTE DENTAL Y FIJACIÓN... REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO, SE DEBEN RELIQUIDAR PROCEDIMIENTOS DE ACUERDO CON LA VÍA DE ACCESO.”

En el Dictamen pericial se ordena el pago partiendo de la siguiente observación: Objeción por mayor valor cobrado en procedimiento de maxilofacial no es pertinente, se evidencia adecuadamente liquididad

Por lo anterior, se solicita se explique cuál es el procedimiento y como se procede hacer la liquidación pertinente, toda vez que, en la fundamentación no se especifica la misma.

RESPUESTA:

Se aclara que el procedimiento de cirugía maxilofacial se encuentra debidamente liquidado y facturado de acuerdo con las vías de acceso y actividades soportadas en el informe quirúrgico, por lo que la objeción realizada por el consorcio no es pertinente, como se describió en el informe pericial.

4. Frente a la glosa interpuesta en el radicado 9788613

Glosa: “NO HAY CONCORDANCIA ENTRE MEDIO MAGNÉTICO Y MEDIO FÍSICO. EXISTE INCONSISTENCIAS ENTRE EL MEDIO FÍSICO Y EL MAGNÉTICO EN CUANTO A DATOS DEL PROPIETARIO Y DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO.

En el Dictamen pericial se ordena el pago partiendo de la siguiente observación: “La IPS no aporta soportes que permitan subsanar la glosa generada por el FOSYGA Revisada historia clínica, examen de ingreso y evoluciones, no se halla justificación que soporte solicitud de Rx: 21201. Por lo anterior persiste glosa por rx no justificado”

Por lo anterior, se le solicita a la perito indique porque ordeno un pago por la suma de 1.732.300, si en el análisis no se evidencia motivación frente a la glosa impuesta.

RESPUESTA:

Se aclara que durante la auditoría integral se identificó que la IPS subsanó la objeción por inconsistencia entre el medio físico y el magnético; sin embargo, al realizar auditoría integral a la cuenta objeto de recobro, se identificó que no hay justificación para el cobro de Rayos x facturados y por ende se realiza objeción por este concepto y se reconoce el saldo restante reclamado.

5. Frente a las glosas interpuestas en el radicados 9658535, 9658836, 9658541, 9658542 y 9658543

Glosa: “ 1.EL PRESTADOR PRESENTA EL COBRO DE UN SERVICIO EN FECHA POSTERIOR A LA ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. EL RECONOCIMIENTO DE ESTA RECLAMACIÓN NO PUEDE EFECTUARSE POR VÍA ADMINISTRATIVA POR VENCIMIENTO DE TÉRMINOS (ART 6 RESOLUCIÓN 1915 DE 2008). 2. EN LA FACTURA SE RELACIONA PAGOS POR SERVICIOS PRESTADOS POR LA MISMA IPS RECLAMANTE Y NO HABILITADOS.”

En el Dictamen pericial se ordena el pago partiendo de la siguiente observación: La atención corresponde a fisioterapia, se encuentra debidamente soportada, tiene la evolución y la constancia de prestación del servicio. FURIPS debidamente diligenciado.

Por lo anterior, se le solicita a la perito indique la motivación para el pago, toda vez que, hasta la entidad accionante le dio validez a la glosa y en la casilla del Excel de respuesta se indicó que se tenía razón en el vencimiento de términos según el artículo 06 de la Resolución 1915 de 2008, y la perito en su fundamentos no da una razón de fondo para que se paguen estas glosas.

RESPUESTA:

Para los 5 radicados citados se aclara que en los soportes físicos aportados por el juzgado puede evidenciarse que la factura NO presenta fenómeno de prescripción de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio ya que <NO> pasaron más de dos años desde la prestación del servicio (egreso del paciente) y la radicación de la cuenta por primera vez o en respuesta a glosa y/o radicación del proceso jurídico:

RADICADO N°	Numero de radicado (sticker) ante el fosal	Fecha de soportes físicos de rad inicial, de glosa y/o respuesta a glosa
9658535	11652	14/03/2014
9658836	11652	14/03/2014
9658541	11652	14/03/2014
9658542	11652	14/03/2014
9658543	11652	14/03/2014

Por otro lado, en la misma respuesta a glosa citada en la solicitud de aclaración la IPS indica los tiempos de radicación inicial, los cuales fueron oportunos de acuerdo con la normatividad vigente para la fecha de la prestación del servicio. Adicionalmente la glosa realizada por el consorcio por “servicio no habilitado”, no es pertinente ya que dicho servicio se encontraba debidamente habilitado en el REPS al momento de la prestación del servicio objeto de cobro.

La ampliación del dictamen pericial⁵ fue puesta en conocimiento de las partes el 21 de mayo de 2024. Luego el 13 de junio del mismo año la FUNDACIÓN demandante presentó escrito sobre la claridad realizada por la perito y aportó documentos, con la pretensión de que se acogieran como soporte para fallar en derecho o, en su defecto, se decretara como prueba de oficio⁶.

Al momento de iniciar la audiencia de trámite y juzgamiento, el apoderado de la FUNDACIÓN desistió de la comparecencia de la perito, por lo que se cerró el debate probatorio.

Ahora bien, advierte la Sala que para la emisión del dictamen pericial y su aclaración, la perito hizo un análisis exhaustivo de cada una de las facturas cuyo pago se pretende, relacionándolas en archivo anexo en formato Excel, por identificación, número de radicado, fecha de ingreso y egreso del paciente, fecha de la factura, fecha de la primera radicación, tiempo transcurrido desde la prestación y la radicación inicial, fecha de vencimiento, valor facturado inicial, saldo aprobado en radicado según informe del SAYP, saldo, tipo de servicio, naturaleza del evento, fecha de la primera objeción, glosa o devolución, tiempo entre la radicación inicial y la primera glosa por el Consorcio, días hábiles para glosar, fecha de la primera respuesta a la objeción, glosa o devolución, tiempo entre la radicación de la glosa y la respuesta por la IPS, fecha de la penúltima objeción, tiempo entre la radicación de la respuesta y la reiteración, fecha penúltima respuesta a la objeción, tiempo entre la radicación de la

⁵Cfr. Archivo digital 45MemorialAmpliacionDictamenPericial

⁶Cfr. Archivo digital 48MemorialPronuciamientoInformePeritol

reiteración y la respuesta, fecha de la última objeción, causa de objeción definitiva, fundamento de respuesta definitiva, cumplimiento de tiempos de radicación inicial, norma que aplica, cumplimiento de tiempos para generación de glosa por Fosyga-Adres, cumplimiento de tiempos de radicación inicial, norma que aplica, cumplimiento de tiempos para generación de glosa por Fosyga-Adres, cumplimientos de tiempos para la respuesta por IPS, glosas del MPS pertinentes o ajustadas, causal de objeción en auditoría, procede para pago, observación y finalmente que monto correspondía para pago y cual no.

Así que en sentir de la Sala, este medio de prueba producido en el curso del proceso, fue emitido por una perito idónea, ella explicó y consignó por escrito de manera detallada el procedimiento que la condujo a su conclusión final, de la cual expuso los fundamentos de orden técnico, probatorio y legal.

De modo que la FUNDACIÓN demandante tuvo oportunidad de controvertir este medio de prueba, pudo solicitar aclaración, ampliación o adición del dictamen, precisando los aspectos que serían objeto de estas acciones. Incluso tuvo la posibilidad de haberlo objetado por error grave, especificando los errores que, en su sentir, afectaban la experticia, manifestaciones que se echan de menos y que son las que, en su momento, hubieran justificado la práctica de una nueva experticia.

Es que además no debe olvidarse que de conformidad con los artículos 51 y 61 del CPT y SS., en materia procesal laboral son admisibles todos los medios de prueba establecidos en la Ley, de modo que el juez no estará sujeto a tarifa legal de pruebas y, por tanto, formará libremente su convencimiento, inspirándose en los principios que informan la crítica de la prueba y atendiendo a las circunstancias relevantes del pleito y a la conducta procesal observada por las partes.

Así las cosas, por las características especiales de este caso, no es aplicable el criterio de que en principio, la sola prestación del servicio que se incorpora a las facturas de cobro, es suficiente para que se disponga su solución, puesto que aquí tenemos un medio de prueba por perito, que por las características que reviste resulta ser eficaz, con base en el cual se logró determinar que del valor total reclamado, contenido en 66 facturas, es procedente el pago de la suma de \$52.062.809, ya que frente a 32 facturas por valor de \$111.431.943 existieron objeciones ajustadas, en 9, las objeciones estaban parcialmente ajustadas y en 25, las objeciones no fueron pertinentes, experticia que encuentra soporte en el material probatorio arrimado por la FUNDACIÓN demandante y que palmariamente explicó por qué era procedente

el cobro de sólo algunas facturas, argumentos que para la Sala, son razonables y suficientes, para concluir que dicho informe se encuentra conforme a derecho.

A modo de corolario, tenemos que el dictamen rendido i) se decretó como medio de convicción, ii) fue oportuno y legalmente aportado al proceso; iii) la FUNDACIÓN demandante tuvo oportunidad de controvertirlo, sin que le hubiese hecho reparos por error grave y iv) fue emitido por una auxiliar idónea quien expuso los fundamentos de su conclusión. Así que resulta de recibo y es eficaz para determinar las facturas y el monto que procede para el pago en cuantía de \$52.062.809.

Ahora bien, precisa la Sala que la factura Nro. 4800046138, radicado Nro. 9880441 con fecha de radicación 5 de agosto de 2014 y por un monto de \$569.588 fue excluida por la perito, al indicar en las observaciones: *“Aplica el fenómeno de la prescripción de acuerdo con el artículo 1081 del Código de Comercio por haber pasado más de dos años desde la prestación del servicio (egreso del paciente) y la radicación de la cuenta y/o radicación del proceso jurídico. Adicionalmente, el vehículo registra con una póliza vigente para la fecha del accidente y la IPS no adjunta la carta de superación de tope o agotamiento de cobertura por la aseguradora.”*, sin embargo, en este caso la prescripción que se debe aplicar es la consagrada en los artículos 488 del CST y 151 del CPTSS, que es la que rige en materia laboral.

En este orden de ideas se tiene que la prestación del servicio médico se hizo el 18 de noviembre de 2011, la radicación de la cuenta de cobro se realizó el 5 de agosto de 2014, momento a partir del cual se interrumpió la prescripción hasta el 10 de febrero de 2015 cuando se presentó la primera objeción, glosa o devolución y la demanda fue presentada el 25 de agosto de 2016. Así las cosas, es evidente que no alcanzó a configurarse el lapso de tres (3) años para que se configurara la excepción propuesta.

Conforme a lo expuesto, al valor incorporado al dictamen pericial y sobre el que procedía el reconocimiento (\$52.062.809) se le ha de sumar el monto de la referida factura por \$569.588, para una suma total de \$52.632.397, valor a cargo de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES-. En este aspecto se modificará la sentencia de primer grado.

Y en relación con la inconformidad de la ADRES relacionada con el pago de cuatro reclamaciones, que apoya en el recibo de transferencia de la cuenta BBVA del 23 de junio de 2016 por valor de \$5.038.936, precisa la Sala que si bien es cierto con la respuesta a la demanda se aportó un documento cuyo encabezado dice *BBVA net cash, pago a proveedores*,

fechado el 23 de junio de 2016, en el cual se relaciona un número de clave, nombre de beneficiario, cuenta e importe y beneficiarios, dentro de los cuales aparece “*FUNDACIÓN HOSPITAL SAN*”, cuyo importe fue de \$5.636.113, a partir de este instrumento, no se puede concluir que dicha entidad sea la misma demandante; ni que el valor que aparece allí relacionado efectivamente fue pagado a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE RIONEGRO y, en el evento de que así fuera, se desconoce si el importe corresponde a algunas de las facturas cobradas en el presente proceso.

Por tanto, si bien se aportó oficio emitido por el Consorcio SAYP 2011 dirigido al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL en el cual se informa sobre el estado actual de 66 reclamaciones que se encontraron registradas en la base de datos de reclamaciones ECAT del FOSYGA y cuyo convocante era la FUNDACIÓN demandante, con radicado 394451, según el cual, una factura fue aprobada y tres sólo parcialmente y que totalizan la suma de \$5.038.936 como valor aprobado, no existe una relación detallada y clara a partir de la cual se pueda deducir que dicho valor corresponde a algunas de las facturas cuyo pago se pretende aquí, y que estén incluidas dentro de las que el dictamen concluyó que procedía su solución; de otro lado, en dicho documento tampoco consta que el valor aprobado hubiera sido debidamente pagado.

De modo que la impugnación de la ADRES en este aspecto, no prospera.

En punto a los intereses moratorios, se duele la entidad apelante de su procedencia, al señalar que la norma no consagra plazo para el pago de las reclamaciones al ADRES por parte de las IPS.

Al respecto se tiene que el artículo 7° del Decreto 1281 de 2002, *por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación*, establece:

Artículo 7°. Trámite de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud. Además de los requisitos legales, quienes estén obligados al pago de los servicios, no podrán condicionar el pago a los prestadores de servicios de salud, a requisitos distintos a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera, y a la demostración efectiva de la prestación de los servicios.

Cuando en el trámite de las cuentas por prestación de servicios de salud se presenten glosas, se efectuará el pago de lo no glosado. Si las glosas no son resueltas por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, en los términos establecidos por el reglamento, no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

En el evento en que las glosas formuladas resulten infundadas el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro.

Las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades territoriales y el Fosyga, se deberán presentar a más tardar dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas. Vencido este término no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

Por su parte, la Resolución 1915 del 28 de mayo de 2008, *“Por la cual se adoptan los formularios para reclamar las indemnizaciones derivadas de los amparos de que trata el Decreto 3990 de 2007 y se dictan otras disposiciones*, dispuso:

ARTÍCULO 6°. Término para radicar las solicitudes de reclamación. A partir del 1 de septiembre de 2008, los prestadores de servicios de salud deberán presentar las reclamaciones dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. En los casos en que una reclamación presente devolución por glosa o pago parcial, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás entidades, tendrán un término de 1 mes para la presentación ante el FOSYGA, de la aclaración de la glosa de la reclamación presentada inicialmente. La IPS en la presentación ante el FOSYGA de la aclaración de la glosa deberá hacer referencia al radicado inicialmente asignado y el FOSYGA revisará con prioridad estas reclamaciones. De no asociar la aclaración de la glosa al número anterior de radicación y como consecuencia de esto inducir a un error en el trámite de la reclamación; una vez detectado cada caso el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA pondrá en conocimiento de las entidades de control y vigilancia del sector para lo de su competencia.

Sobre este tema, la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SL4497 del 29 de septiembre de 2021, radicación Nro. 80994, adocrinó:

Ahora bien, el citado Decreto 1281 de 2002 previó como uno de sus principios, el de oportunidad y, al efecto, previó en su artículo 1 *«los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones»*, con la finalidad de que no se afecte el derecho de ninguno de los actores *«a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país»*.

En este orden, el artículo 7 de dicha preceptiva reguló el trámite de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud, y allí indicó:

Además de los requisitos legales, quienes estén obligados al pago de los servicios, no podrán condicionar el pago a los prestadores de servicios de salud, a requisitos distintos a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera, y a la demostración efectiva de la prestación de los servicios.

Cuando en el trámite de las cuentas por prestación de servicios de salud se presenten glosas, se efectuará el pago de lo no glosado. Si las glosas no son resueltas por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, en los términos establecidos por el reglamento, no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

En el evento en que las glosas formuladas resulten infundadas el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro (Resalta la Sala).

Las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades territoriales y el Fosyga, se deberán presentar a más tardar dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas. Vencido este término no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

(Subraya la Sala)

Así, los intereses moratorios se generan *«en el evento en que las glosas formuladas resulten infundadas»*.

De lo expuesto, es dable concluir que de los intereses moratorios si tienen un fundamento normativo, conformado por el Decreto 1281 de 2002 y la Resolución 3099 de 2008; que no es cierto que no se establezca un plazo para el pago de los recobros, ya que la norma dispone que se generan «desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro». Huelga precisar que el fallador concluyó que las glosas de la entidad carecían de soporte, aserto que no fue controvertido en el recurso.

En definitiva, hay lugar al reconocimiento de los réditos que el mismo Decreto 1281 de 2002, en su artículo 4 consagra en los siguientes términos:

El incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos de que trata este decreto, causará intereses moratorios a favor de quien debió recibirlos, liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

De otra parte, es cierto, tal como se afirma en el recurso, que el artículo 13 del citado Decreto únicamente hace alusión a los «términos para cobros o reclamaciones con cargo a recursos del Fosyga», estableciendo para ello que «cualquier tipo de cobro o reclamación que deba atenderse con recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga deberá tramitarse en debida forma ante su administrador fiduciario dentro de los seis meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda». Si bien, la norma no establece un plazo perentorio para desatar el pago a favor de las administradoras, ni mucho menos la obligación de pagar intereses moratorios, la Resolución n.º 3099 de 2008, en su redacción original, vigente para la época de las solicitudes de recobro, señalaba:

ARTÍCULO 13. El Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de la solicitud de recobro e informar a la entidad reclamante el resultado del mismo, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual se efectuará el pago de las solicitudes de recobro presentadas oportunamente y en debida forma.

Como resultado del estudio, las solicitudes de recobro podrán ser objeto de rechazo, devolución, aprobación condicionada, inconsistencia o aprobación para pago.

Es decir, desde dicha normatividad estableció el plazo que echa de menos la censura, dentro del cual el Fosyga debe efectuar el pago del recobro y, por ende, establecer la fecha de causación de los intereses moratorios.

Por último, tal como lo sostuvo el Consejo de Estado en el fallo con radicación 11001 03 24 000 2005 00264 01 de 15 de diciembre de 2016, el artículo 4 del Decreto 1281 de 2002, no excluye de la imposición de los intereses moratorios al Fosyga y, por el contrario, lo que allí se establece, es que se generarán por el incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos de que trata dicho precepto y, precisamente, aquella entidad tiene a su cargo el pago de los recobros, que por medicamentos y/o servicios médicos no POS, deben hacer las EPS por orden del Comité Técnico Científico o de autoridad judicial.

Significa lo anterior, que el legislador sí contempló el pago de los intereses moratorios a favor del prestador de servicio de salud para dos eventos: i) cuando las glosas formuladas sean infundadas y, ii) cuando se incumpla el plazo previsto para el pago o giro de recursos de las cuentas presentadas, precisando que no proceden cuando la entidad prestadora de salud no resuelva la glosa dentro del término establecido.

Al advertirse en el caso bajo estudio que las glosas de las facturas por las cuales se elevará condena en el presente proceso resultaron infundadas, en cumplimiento de una de las dos causales para que se generen los intereses moratorios, se dispondrá su pago.

Teniendo en cuenta lo anterior, contrario a lo que aduce la ADRES, hay lugar al pago de los intereses moratorios, siempre que la cuenta de cobro se haya presentado con el lleno de los requisitos, dentro del término de ley, por tanto, sobre aquellas facturas en las que

la perito no encontró que cumplía con los requisitos exigidos, procedía el pago de dichos intereses, los cuales se causaban a partir de la fecha de presentación, reclamación o cuenta de cobro, por cuanto las glosas formuladas y reconocidas resultaron infundadas, tal como lo prevé el artículo 7° del Decreto 1281 de 2002.

En este orden de ideas, proceden los intereses de mora, por lo que la decisión en este aspecto será confirmada.

En los términos expuestos se modificará parcialmente y se confirmará en lo demás, el fallo revisado por vía de apelación y consulta.

Por las resultas del recurso, las costas de primera instancia seguirán a cargo de la ADRES, dentro de las cuales se incluirá la nueva suma que a título de agencias en derecho fije la titular del Juzgado de origen, teniendo en cuenta las condenas que finalmente quedarán a cargo de la demandada.

Sin costas en esta Sede.

Finalmente, en atención al auto AL2550 del 23 de junio de 2021, emitido por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, se aplicará la analogía, en el sentido que si la sentencia no se notifica personalmente dentro del día siguiente a su fecha, se hará saber por edicto, como lo ordena el numeral 3° del literal d) del art. 41 del CPTSS, y en vista de que no existe norma en este estatuto ni en otro Código Procesal, que regule su contenido, en aplicación del art. 40 ídem⁷, la Secretaría de la Sala elaborará el edicto que incluirá la palabra edicto en la parte superior, la identificación del proceso por su tipo, partes, juzgado de origen, radicado, fecha y sentido de la decisión; se fijará en forma virtual en la página de la Rama Judicial por un día, su titular dejará constancia de la fecha y horas de fijación y desfijación, agregará el original al expediente, y conservará copia del mismo en el archivo. La notificación se entenderá surtida al vencimiento del día de fijación del edicto.

En mérito de lo expuesto, el TRIBUNAL SUPERIOR DE ANTIOQUIA, SALA TERCERA DE DECISIÓN LABORAL, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

⁷ Dice la norma: *ARTÍCULO 40. PRINCIPIO DE LIBERTAD. Los actos del proceso para los cuales las leyes no prescriban una forma determinada, los realizará el Juez o dispondrá que se lleven a cabo, de manera adecuada al logro de su finalidad*

1º La sentencia proferida por el Juzgado Primero Laboral del Circuito de Rionegro, dentro del Proceso Ordinario Laboral promovido por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE RIONEGRO contra el CONSORCIO SAYP 2011 entidad sucedida por la ADRES y el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, quedará así:

1.1. SE MODIFICA el numeral primero de la parte resolutive, en el sentido de que la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES- deberá reconocer y pagar a la FUNDACIÓN SAN VICENTE DE PAUL DE RIONEGRO la suma de \$52.632.397, en lugar del monto allí expresado.

1.2. SE MODIFICA el numeral segundo de la parte resolutive, en el sentido que el reconocimiento de los intereses moratorios ordenados será sobre las facturas que suman \$52.632.397, en lugar del valor consignado.

1.3. SE MODIFICA el numeral tercero de la parte resolutive de la sentencia, en el sentido de que, en la liquidación de las costas de primera instancia, se incluirá la nueva suma que, a título de agencias en derecho, fije la titular del Despacho de origen, teniendo en cuenta las condenas que finalmente quedaron a cargo de la demandada ADRES.

1.4. En los demás aspectos SE CONFIRMA el fallo impugnado y consultado.

2º Sin COSTAS de segunda instancia.

Lo resuelto se notificará por EDICTO, tal como se describe en la parte motiva, tras lo cual se dispone la devolución del expediente a la oficina de origen.

Los Magistrados;


WILLIAM ENRIQUE SANTA MARÍN


NANCY EDITH BERNAL MILLÁN


HÉCTOR H. ALVAREZ RESTREPO