

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL  
DE BOGOTA D.C.**



**SALA LABORAL**

**MAGISTRADO PONENTE: RAFAEL MORENO VARGAS**

Veintidós (22) de marzo de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO SUMARIO adelantado por ÁLVARO FERREIRA MARTÍNEZ contra CAFESALUD E.P.S. EN LIQUIDACIÓN Y MEDIMÁS E.P.S. RAD. 11001-22-05-000-2022-00393 01.**

**SENTENCIA**

Procede la Sala Cuarta de Decisión Laboral a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada CAFESALUD E.P.S. EN LIQUIDACIÓN contra la sentencia del nueve (9) de diciembre de 2020, proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

**DE LA DEMANDA**

El señor **ÁLVARO FERREIRA MARTÍNEZ**, actuando en nombre propio, pretende se ordene a las E.P.S. MEDIMAS o CAFESALUD, el reconocimiento y pago de la suma de SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS (\$6.690.000) gastos en los que incurrió por concepto de urgencias respecto de la entidad promotora de salud CAFESALUD E.P.S. y E.P.S. MEDIMAS.

Sustentó su petición, en síntesis, manifestando que el 10 de abril de 2017, ingresó a la Clínica Santa Cruz de la Loma, municipio de San Gil, porque padecía un dolor abdominal intenso, indicó que estando en la clínica, el medico pronosticó un diagnostico delicado. Adujo que, al no recibir la atención prioritaria decidió desplazarse a Bucaramanga a la clínica ESIMED IPS, que estaba asignada dentro de la red CAFESALUD E.P.S. en busca de atención médica oportuna pero que la expectativa tampoco se cumplió. Agregó que, en vista de lo anterior optó por buscar una entidad particular para salvaguardar su vida por lo que ingresó a la CLINICA GESTIONAR BIENESTAR. Que por la patología que presentaba, y teniendo en cuenta que esta no daba espera, los médicos determinaron que debía practicarse una intervención quirúrgica de manera inmediata. Indicó que el 19 de abril de 2017 se le dio de alta y

tuvo que pagar la suma de SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS, pero que por su estado de salud no pudo adelantar diligencias pertinentes para la solicitud de reembolso por lo que interpuso derecho de petición por medio de apoderado judicial ante la E.P.S. CAFESALUD, en el cual solicitó información para solicitar al reembolso. Manifestó que recibió contestación donde le dijeron que no eran los competentes para dicho tema y que dicha solicitud se le debía realizar a MEDIMAS E.P.S., siendo así como remitió el derecho de petición a esa entidad, quienes al dar contestación le manifestaron que los servicios no fueron causados a partir del 1 de agosto de 2017 y por lo tanto era CAFESALUD E.P.S. quien debía hacer el pago de los mismos. Finalmente, informó que en vista de las evasivas presentó la tutela para que se obligara a la E.P.S. a hacer el desembolso, pero los jueces que conocieron el caso solo manifestaron a las accionadas que debían dar respuesta al derecho de petición interpuesto (Fls 1 a 3).

### **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

La demandada **MEDIMAS E.P.S. S.A.** contestó la demanda con oposición a las pretensiones de la accionante, señalando que no son los legalmente obligados a reconocer y pagar obligaciones causadas cuando no habían iniciado operaciones, pues estas corresponden claramente a CAFESALUD EPS. Finalmente coadyuvó la pretensión de la parte accionante en el sentido de que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación ordene como único responsable a CAFESALUD EPS, en el reconocimiento y pago de la incapacidad. Propuso como excepciones de fondo la denominada “falta de legitimación por pasiva”. (Cd. a folio 150 A, Archivo 1-2019-253814\_1)

Por su parte, la demandada **CAFESALUD E.P.S.** se opuso a las pretensiones de la demanda, aduciendo que el demandante radicó solicitud de reembolso 110255 por valor de SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL M/CTE (\$6.690.000) por concepto de atención de urgencias, la cual no cumple con los requisitos suficientes para su aprobación. Señaló que, una vez realizada la auditoria médica, esta arrojó como resultado que el señor Álvaro Ferreira Martínez, no contaba con autorización de la EPS, de acuerdo con la Resolución No. 5261 Artículo 14, la cual señala que en ningún caso la EPS hará reconocimientos económicos, ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas. Propuso como excepciones las de: “Ausencia del cumplimiento de los requisitos legales que impiden efectuar el reembolso” y la “genérica” (Cd. a folio 150 A, Archivo: 1-2019-253846\_1).

**SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA**

El día nueve (09) de diciembre de 2020, la Superintendencia Nacional de Salud, accedió a las pretensiones de la demanda presentada por el señor ALVARO FERREIRA MARTINEZ y, en consecuencia, ordenó a la E.P.S. CAFESALUD pagarle la suma de SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL NUEVE PESOS (\$6.690.009) y, asimismo, desvincular a MEDIMAS E.P.S. del presente asunto.

Para arribar a la anterior decisión, evidenció la juzgadora de primera instancia que el accionante ingresó el 10 de abril de 2017 a la Clínica Gestionar Bienestar de Bucaramanga, remitido por ESIMED por falla aguda renal, estudio documentado por Urotac, urgencia dialítica, hidronefrosis bilateral, uropatía obstructiva, sepsis urinaria resuelta, siendo valorado por el urólogo quien programó y realizó ureteroscopia, litotricia laser, implantación de catéter doble JJ el 14 de abril de 2017. Señaló que tal y como lo señala el galeno adscrito, el cuadro clínico que presentó el accionante correspondía a una atención de urgencia pues la patología que presentaba fue resultado de dos problemas en el sistema urinario, por lo tanto, se trataba de una alteración de integridad física que exigía la atención médica inmediata e impostergable para evitar mayores complicaciones de salud. Agregó que la atención inicial de urgencias debe ser prestada de forma obligatoria por todas las entidades privadas y públicas que presten servicios de salud a todas las personas; aclaró que la misma constituye una prestación cierta que se encuentra consagrada en el Plan Obligatorio de Salud como un derecho que le asiste a todos los beneficiarios de dicho plan, pero además de ello, implica la efectividad del derecho a la salud como derecho fundamental. En consecuencia, afirmó que no le asiste razón a la EPS para negar el reembolso deprecado en la demanda, ya que, a efectos de garantizar la atención de urgencias, no es necesario que la IPS particular tenga que solicitar autorización o permiso a la EPS a la cual se encuentra afiliado el paciente ya que toda IPS tiene la obligación de atender a la población que acuda ante una alteración de la integridad física o mental que genere una atención médica inmediata. Destacó que la EPS llamada a responder en este caso es CAFESALUD EPS, en tanto que los servicios fueron prestados en el mes de abril de 2017, además de que la misma, incurrió en conductas de inoportunidad negativa injustificada y negligencia demostrada para cubrir sus obligaciones de aseguramiento en salud con el accionante. Finalmente informó que MEDIMAS EPS entró en funcionamiento a partir del 1 de agosto de 2017 y que los hechos objeto de la presente demanda ocurrieron antes de esa fecha por lo que la desvinculó del presente asunto (Fls 103 a 114.)

## **IMPUGNACIÓN**

Por su parte, la demandada **CAFESALUD E.P.S.** señaló como fundamentos para la impugnación, que el reembolso solicitado por concepto de exámenes e intervención quirúrgica, no proceden, ya que el actor no cumple con los requisitos del artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994. Manifestó que, en el caso en concreto, CAFESALUD autorizó todas las atenciones requeridas y los traslados necesarios para la atención médica, como se evidencia en el resumen de la historia clínica realizado por el auditor médico de la entidad. Indicó que no incumplió con sus obligaciones ya que autorizó todos los exámenes, atenciones y el traslado requerido, sin embargo, el paciente decidió pedir su salida voluntaria sin importar que se le estaban prestando los servicios médicos requeridos y que ya estaba autorizado el traslado a la misma IPS donde ingresó como particular. Informó además que, si bien es cierto prevalece la voluntad del paciente para buscar una atención médica particular, no tiene por qué ser un justificante para que la EPS tenga que asumir el costo de un servicio médico particular cuando al usuario se le estaban prestando todos los servicios médicos requeridos y más aún cuando ya se tenía autorizado el traslado a la IPS GESTIONAR BIENESTAR en donde fue atendido de forma particular un día después de autorizada la remisión. Adujo que la Delegada de la Función Jurisdiccional y de Conciliación, no puede ordenar un reembolso cuando no cumple con los requisitos legales, en especial, existiendo la voluntad del usuario en ser atendido de forma particular, cuando la EPS le estaba garantizando la prestación del servicio de salud. Finalmente solicitó revisar el caso y tener en cuenta la historia clínica, el record de autorizaciones y las autorizaciones que se encuentran anexas en la impugnación en donde se evidencia que CAFESALUD estaba prestando el servicio de salud requerido y por esa razón no puede imputarse una condena a la EPS, solo por el capricho del usuario de buscar el servicio de salud de forma particular.

Adicionalmente, solicitó al Tribunal ordene al demandante se haga parte dentro del proceso liquidatorio de CAFESALUD, a fin de lograr el pago de las condenas aquí impuestas (Cd. a folio 150 A, 1202182300157672\_00001).

## **PROBLEMA JURÍDICO**

El problema jurídico que habrá de resolver la Sala se circunscribe a establecer si en el presente asunto, es procedente el pago del reembolso por los gastos en los que incurrió el señor **ÁLVARO FERREIRA MARTÍNEZ** por la atención brindada a cargo de la **CLINICA GESTIONAR BIENESTAR** de **BUCARAMANGA**.

## **PRESUPUESTOS PROCESALES**

El estudio del plenario determina que se encuentran reunidos a plenitud los presupuestos procesales. Tampoco se advierte causal de nulidad que invalide lo actuado.

## **CONSIDERACIONES**

Previo a resolver de fondo el asunto, considera la Sala de Decisión precisar que si bien el presente proceso es de carácter sumario y cuya competencia ha sido otorgada a la Superintendencia de Salud por disposición de la Ley 112 de 2007, estas condiciones especiales no son óbice para desconocer la aplicación de las normas procesales establecidas en el CGP y aplicables al caso, por cuanto recordemos que el artículo 13 de la norma en comento ha establecido que las normas procesales son de orden público y, por consiguiente, de obligatorio cumplimiento; y a su turno el artículo 117 ibídem consagra que los términos son perentorios e improrrogables.

La anterior precisión es necesaria efectuarla por cuanto el presente asunto se resolverá de fondo con las pruebas aportadas en el trámite del proceso sumario y con anterioridad a la providencia que puso fin a la primera instancia, por ello no se valoraran los documentos aportados con posterioridad a la misma, debido a que fueron aportadas fuera de la oportunidad procesal pertinente por la parte de la demandada CAFESALUD E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN, quien omitió allegarlas con la contestación de la demanda (numeral 4 del artículo 96 del CGP), incluso previo a proferir sentencia. Asimismo, se debe indicar que la falta de práctica de estos elementos de prueba no fue por causa imputable al Juez de primera instancia, sino por el actuar de la demandada con interés a su aportación, quien no las allegó en los términos ya citados.

Ahora bien, a fin de resolver el problema jurídico planteado, la Sala de Decisión encuentra que el reconocimiento de reembolsos frente a los gastos en que incurre el afiliado se encuentra normado en la Resolución No. 5261 de 1994 en su artículo 14, emitida por el Ministerio de Salud *“Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimiento del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”*, el cual consagra:

*“Artículo 14. Reconocimiento de Reembolsos. Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S.,*

*cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto”.*

De la norma en comento, se logra establecer que la EPS es responsable de reintegrar a sus afiliados las expensas en los que incurran para lograr el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, cuando estos gastos se presentan en caso de *incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios*, supuestos de hecho que deben ser acreditados a fin de establecer la procedencia del pretendido recobro, para lo cual se evidencia de las pruebas arrimadas en su debida oportunidad, que en el mes de abril de 2017, el señor ÁLVARO FERREIRA MARTÍNEZ presentó dolor abdominal en región izquierda tipo cólico, manifestando que además del dolor no podía orinar y tenía vómitos ocasionales; ante tal pronóstico la EPS CAFESALUD le brindó manejo con analgésicos mejorando parcialmente y dado de alta, no obstante, reingresa por aparición del dolor asociada a *Anuria*, por lo que le ordenan tomar exámenes paraclínicos, dando como resultado aumento de *azoados* y en consecuencia se inicia trámite de remisión a ESIMED; el paciente al encontrar demora en su remisión decide que le den salida voluntaria, a fin de ingresar a ESIMED por sus propios medios; que una vez fue ingresado el día 09 de abril de 2017 se decidió por parte de los médicos intervenirlos quirúrgicamente y realizarle HEMODIALISIS DE URGENCIA, por el diagnóstico INSUFICIENCIA RENAL AGUDA. Aunado a ello, de la respuesta a la solicitud elevada por el Juez de primera instancia a ESIMED y GESTIONAR BIENESTAR, se desprende que fue atendido por urgencias en virtud al convenio con CAFESALUD, más no fue atendido como particular, al hacer parte de la red prestadora de la demandada.

A pesar de lo anterior, la historia clínica allegada, per se, no es suficiente para que proceda el reembolso pretendido, toda vez que el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, emitida por el Ministerio de Salud, establece que la misma solo procede cuando existe demostrada *incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o*

*negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones*, es decir, que lo peticionado solo es viable si se presenta alguna de estas condiciones; para ello se evidencia que el día diez (10) de abril de 2017, el señor ÁLVARO FERREIRA, fue intervenido quirúrgicamente de urgencia, al encontrar “*urgencia dialítica por acidosis metabólica hipervolemia y con presencia de acidosis metabólica en gases arteriales*” en GESTIONAR BIENESTAR, prestador de CAFESALUD E.P.S. para la época, en virtud de la remisión que de urgencia fue ordenada por parte de ESIMED con el diagnóstico del actor. Ante lo anterior, aduce la demandada CAFESALUD EPS, que prestó en debida forma los servicios requeridos por el actor, y que fue este quien por voluntad propia decidió tomar los servicios de forma particular, argumento que no es aceptable, en primer lugar, porque el paciente ya contaba con orden de remisión debido a la delicada patología, en segundo lugar, por cuanto se observa que, en efecto, la urgencia del señor ÁLVARO FERREIRA MARTÍNEZ, era vital pues fue sometido a intervención de manera inmediata.

Aunado a lo anterior, observa la Sala de Decisión que la parte actora solicitó ser atendido de manera prioritaria, empero, la demandada no se pronunció sobre la urgencia de su remisión y tratamiento dadas las dolencias que aquejaban al señor ÁLVARO FERREIRA MARTÍNEZ y no presentó solución inmediata al actor, circunstancia que a criterio de esta Sala constituye una *negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud*, dado que desde el inicio de los síntomas del demandante, fue tratado con cuidados paliativos sin que fuera remitido para cirugía en su debida oportunidad, circunstancias que además, no fueron desvirtuadas por la parte pasiva en atención a que no arrió al proceso prueba alguna que permita evidenciar que actuó con diligencia para la consecución del tratamiento, cirugía y hospitalización requerida por el afiliado y que era primordial para el tratamiento de las dolencias que padecía el señor ÁLVARO FERREIRA MARTÍNEZ, ello conforme a las reglas establecidas en el artículo 167 del CGP.

Ahora bien, teniendo en cuenta los argumentos expuestos, la Corporación considera necesario recordar que la Corte Constitucional en reiteradas decisiones ha determinado que el acceso a los servicios de salud de los afiliados a la EPS debe ser oportunos, eficientes y de calidad, tesis desarrollada en sentencia T 195 de 2010, en la que indicó lo siguiente:

*“4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud que se requieran, con calidad, eficacia y oportunidad*

*Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios que requieran, es decir, aquellos indispensables para conservar la salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o la dignidad. En ese sentido, las empresas prestadoras de salud (del régimen contributivo y subsidiado), están en el deber de garantizar dicha prerrogativa sin importar si los servicios requeridos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido.*

*Por consiguiente, “si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones dichas, la falla en la regulación se constituye en un obstáculo al acceso, y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere el servicio.”*

***Ahora bien, este derecho que tienen los usuarios del sistema de seguridad social en salud, implica que el acceso al servicio se realice de manera oportuna, eficaz y con calidad.***

*Así, en los eventos en los que un servicio médico que se requiera - incluido en el POS – haya sido reconocido por la entidad en cuestión pero su prestación no se garantizó oportunamente, generando efectos tales en la salud, como someter a una persona a intenso dolor, se presenta una violación del derecho a la salud y el mismo debe ser objeto de tutela por parte del juez constitucional. En ese sentido, cuando “el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente a una persona, puede conllevar además de un irrespeto a la salud por cuanto se le impide acceder en el momento que correspondía a un servicio de salud para poder recuperarse, una amenaza grave a la salud por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente.”*

*De forma similar, esta Corporación ha enfatizado en que los servicios de salud que se presten a los usuarios deben ser de calidad.*

*(...)*

*El principio de integralidad, desarrollado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, ha sido asociado con la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante. Al respecto ha dicho esta Corporación que “(...) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”*

(...)

*La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta. Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas.”* Negrilla fuera del texto original.

En el mismo sentido, la Corte Constitucional nuevamente se pronunció en sentencia T 163 de 2013, al considerar lo siguiente:

*“Las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud que requieran. Por esta razón, ha dicho que una entidad viola el derecho a la salud en cualquiera de los regímenes previstos en la Ley 100 de 1993, si se constata que ha negado la autorización de un servicio incluido en el plan obligatorio, o un servicio excluido de él. En este último caso, ello se justifica en las ocasiones en que el servicio ha sido ordenado por el médico tratante, su realización implica la vida y la integridad de quien lo requiere, y no puede ser sustituido por otro que haga parte del plan obligatorio. La prestación del servicio de salud debe ser oportuna, eficiente y de calidad.*

*Estos componentes del derecho a la salud se desconocen principalmente cuando el servicio ha sido autorizado por la entidad prestadora de salud pero la persona no tiene acceso material a él, en el momento y las condiciones necesarias para que contribuyan efectivamente a la recuperación o control de la enfermedad. La Corte ha dicho que **el servicio debe prestarse en un tiempo y modo conveniente. De lo contrario se amenaza gravemente la salud de la persona que deberá someterse, por ejemplo, a un intenso dolor o al deterioro de su patología.**”* Subraya fuera del texto original.

Así pues, tal como lo concluyó el A quo, se logra acreditar dentro del plenario la negligencia por parte de CAFESALUD E.P.S. en la cobertura de los servicios de salud que debía prestar al señor ÁLVARO FERREIRA MARTÍNEZ, como beneficiario y afiliado pues se vio obligado a buscar ayuda en una IPS que hace parte de red de prestadores de CAFESALUD a la cual no fue remitido oportunamente, para la práctica de *hemodiálisis como urgencia dialítica*, ordenada la IPS ESIMED, prestador de salud de la demandada, sin que se adoptaran las medidas necesarias para garantizar la prestación del servicio de salud a pesar de la urgencia del actor, por tanto, el paciente nunca incurrió en una falta o incumplimiento a sus obligaciones como afiliado a la EPS, contrario a ello, ejecutó las acciones oportunas que cualquier paciente dentro de su particular circunstancia de urgencia hubiese hecho.

De igual manera, es claro entonces que CAFESALUD E.P.S. no actuó con la suficiente diligencia al no remitir oportunamente al paciente para el tratamiento oportuno y eficaz en alguna de las diferentes IPS a disposición de sus afiliados para realizar la cirugía que le debía ser efectuada, teniendo en cuenta la urgencia de la situación, la cual debe ser entendida, desde el punto de vista del derecho universal a la salud, pues esta urgencia no significa que el paciente se encuentre en un entorno en donde sus signos vitales se encuentren altamente afectados, siendo entonces la EPS traída a juicio la responsable de tal urgencia y de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud suministrados al paciente, en virtud del principio de integralidad desarrollado y definido por la Corte Constitucional.

Así las cosas, es claro para la Corporación que debido a la negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud, el demandante debió acceder a los servicios de las IPS ESIMED y GESTIONAR BIENESTAR, para practicarse la cirugía HEMODIALISIS DE URGENCIA, ordenada por ESIMED y trasladado a GESTIONAR BIENESTAR, el día 10 de abril de 2017, la cual según facturas de venta No.8249, CUB 90411 y CO80544 (fls. 30-36), ascendió a la suma de CINCO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y UN MIL CIENTO NOVENTA PESOS (\$5.931.190), CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS (\$468.810), y DOSCIENTOS NOVENTA MIL PESOS (\$290.000), respectivamente; sumas canceladas por el actor y que por disposición legal deben ser reembolsadas por la demandada conforme lo establece el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, emitida por el Ministerio de Salud, tal y como lo consideró el A quo en su decisión.

Finalmente, en lo que tiene que ver con las peticiones de CAFESALUD E.P.S. S.A., relacionadas con que esta Corporación ordene al demandante hacerse parte dentro del proceso concursal, esta Sala de Decisión considera que no hay lugar a realizar un estudio al respecto, lo anterior, por cuanto no se encuentra que deba proferirse orden o instrucción alguna al señor FERREIRA MARTÍNEZ, ya que hacerse parte o no del proceso liquidatorio, es decisión de quien persigue el pago de las prestaciones reconocidas en su favor. En razón de esto, la Sala no estudiará este punto de la apelación presentada por la demandada CAFESALUD E.P.S.

Por todas las consideraciones anteriormente expuestas, esta Corporación confirmará la decisión de primera instancia en todas sus partes, reiterando que las pruebas arrimadas por la demandada CAFESALUD EPS en esta instancia procesal no pueden ser tenidas en cuenta tal como se explicó en precedencia. Sin costas en esta instancia ante su no causación

**DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, **LA SALA LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ** administrando justicia, en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

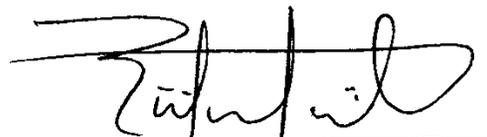
**RESUELVE**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia proferida el nueve (09) de diciembre de 2020, por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, dentro del proceso adelantado por **ÁLVARO FERREIRA MARTÍNEZ** contra **CAFESALUD E.P.S**, por las razones expuestas en la parte motiva de la providencia.

**SEGUNDO:** Sin costas en ésta instancia por considerar que no se causaron.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

*Se remite notificación virtual sin la firma original en virtud del estado de emergencia sanitaria y lo dispuesto en el Acuerdo PCSJA20-11521 del 19 de marzo del 2020.*



**RAFAEL MORENO VARGAS**  
Magistrado



**DIEGO FERNANDO GUERRERO OSEJO**  
Magistrado

*Diego Roberto Montoya*  
**DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN**  
Magistrado

*Firmas escaneadas según artículo 11 del Decreto 491 del 28 de marzo de 2020*