

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01118 -01.

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

## REPÚBLICA DE COLOMBIA



### TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL

**GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA**

Magistrado ponente.

Bogotá, D.C., diecisiete (17) de octubre de dos mil veintitrés (2023).

Discutido y Aprobado según Acta No 010.

#### **1. ASUNTO**

La Sala decide el **RECURSO DE APELACIÓN** que **CLINICAL MEDICAL S.A.S.** interpuso contra la providencia proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud el 13 de abril de 2023, dentro del proceso sumario laboral que la recurrente adelanta contra **PIJAOS SALUD E.P.S.**

#### **2. ANTECEDENTES**

##### **2.1. Pretensiones y Hechos.**

En lo que aquí concierne con la demanda, se pretende el reconocimiento y pago de la factura CM75479 por valor \$5'112.404 junto con los intereses de mora.

Como fundamento de sus pretensiones, narró los siguientes hechos: **1)** El 09 de diciembre de 2019 prestó servicios a Claudia Patricia Capera Rivera, emitiendo factura el 16 del mismo mes y año por la suma de \$5'112.404; **2)** Radicó la factura ante la E.P.S. el 06 de junio de 2019; no obstante, se devolvió en virtud de que no existía soportes de autorización de los servicios prestados, ni autorización principal que correspondiera al

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01118 -01.

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

prestador de los servicios; **3)** En virtud de lo dispuesto en el Decreto 4747 de 2007 deben entenderse por autorizados los servicios, pues en caso de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos establecidos, se entiende como autorizado el servicio y no es causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura; y **4)** Que al ser la glosa infundada hay lugar a intereses de mora.

## **2.2. Respuesta a la Demanda.**

**PIJAOS SALUD E.P.S.** (archivo 02, carpeta 04), se opuso a las pretensiones de la demanda, presentando las excepciones que consideraba tener a su favor.

Adujo que la factura fue radicada seis meses después de su expedición; que toda institución prestadora de servicios de salud que requiera prestar servicios posterior a la atención de urgencias deberá informar la entidad responsable de pago la necesidad de prestar estos servicios y notificarlos de acuerdo a los anexos establecidos por el Ministerio de Salud; que la solicitud de reembolso se realizó en canales diferentes a los dispuesto por la E.P.S.; y que se realizó la devolución de la factura, ya que, se evidenció que no existía autorización del servicio cobrado, no hay envíos por parte de la clínica solicitando autorizaciones.

## **2.3. Providencia Recurrida.**

El **A Quo** dictó sentencia absolutoria.

Para arribar a la anterior decisión, señaló que si bien dentro del trámite administrativo quedó acreditado que el 30 de diciembre de 2020, el 15 de febrero de 2021 y el 07 de abril de 2021, el demandante remitió la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias a la dirección de correo electrónico de la E.P.S., no fue realizada dentro de los términos definidos en el artículo 13 del Decreto 4747 de 2007 y el artículo 4 de la Resolución 3047 de 2018, por lo que era fundada la glosa de la E.P.S.

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01118 -01.

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

#### **2.4. Argumentos de la Recurrente.**

**CLINICAL MEDICAL S.A.S.** dijo que la factura se entiende como un sobrecosto adicional al accidente de tránsito que tuvo la señora Claudia Patricia Capera Rivera; y que el 09 de diciembre de 2018 envió a través del correo electrónico suministrado por la E.P.S. el correspondiente pago, sin obtener ningún tipo de respuesta.

#### **2.5. Actuación Procesal en Segunda Instancia.**

Ingresadas las diligencias al despacho, se observa que no existe nulidad que invalide lo actuado y, se advierte que en virtud de lo previsto en el artículo 66 A del C.P.T. y de la S.S, la competencia del Tribunal se limita al estudio exclusivo de las materias objeto del recurso.

### **3. CONSIDERACIONES PARA DECIDIR**

Sentado lo anterior y conforme a los reparos expuestos en la apelación la Sala encuentra como **problemas jurídicos** por resolver los siguientes:

¿Es posible ordenar el pago de la factura CM75479 por valor de \$5'112?4.04?

#### **Tesis**

Confirmar la decisión de primer grado.

Veamos las razones que llevan a la Sala a consentir en ello.

#### **3.1. De los Reembolsos por Atención de Urgencias.**

No fue motivo de controversia que la señora Claudia Patricia Capera Rivera ingresó de urgencias a CLINICAL MEDICAL S.A.S. el 06 de diciembre de 2018, por cuanto sufrió un accidente de tránsito en calidad de pasajera de motocicleta, presentando un diagnóstico politraumatismo de alta energía, alto riesgo de infección y alto riesgo de embolia de grasa (archivo 3,

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01118 -01.

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

carpeta 01); paciente que estuvo hospitalizada hasta el 12 de diciembre de 2018 y frente a quien la A.D.R.E.S. asumió la suma de \$20'830.120, quedando a cargo de la E.P.S. la suma de \$5'524.604 –material de osteosíntesis y/o procedimientos quirúrgicos, entre otros- por agotamiento de la póliza según lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 9 del Decreto 056 de 2015.

Así las cosas, se hace menester recordar que, es nutrida la legislación sobre las relaciones entre las entidades prestadoras y pagadoras de servicios de salud para lograr el pago de servicios médicos prestados en virtud de atenciones de urgencias, dentro de las que se cuentan, entre otras, el Decreto 1281 de 2002, que contiene *“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”*; la Ley 1122 de 2007 *“por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*; reglamentación como la efectuada mediante el Decreto 4747 de 2007, que señaló *“algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo”*; y la Resolución 3047 de 2008, donde *“se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007”*.

Ahora bien, el artículo 13 del Decreto 4747 de 2007 dispone frente a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias:

**“Artículo 13. Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.** Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, **el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto.** Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud” (Negrillas por la Sala).

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01118 -01.

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

A su vez, los artículos 4, 5 y 10 de la Resolución 3047 de 2008 disponen para el procedimiento de la autorización lo siguiente:

**“Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.** Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución.

**La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.**

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, **el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud**, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud..

Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a las entidades responsables del pago en las que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para solicitar autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. **Dicho informe se considera un mensaje de datos** y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente.

El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.

**Parágrafo 1.** La responsabilidad de los datos registrados en la solicitud de autorización de servicios es del prestador de servicios de salud solicitante, los cuales serán tomados de la historia clínica que haya sido diligenciada por el médico tratante.

**Parágrafo 2.** En caso de que no haya sido posible definir la entidad responsable del pago en el término establecido, el prestador de servicios de salud, deberá reportar el requerimiento de servicios a la dirección territorial así: a la dirección municipal en el caso de los municipios categoría especial,

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

*primera categoría y segunda categoría, a la dirección distrital en el caso de los distritos y a la dirección departamental en los demás casos, utilizando el formato y los medios de envío definidos en el presente artículo.*

**Parágrafo 3.** *En caso de que el paciente requiera para su atención remisión a otro prestador, el prestador de servicios de salud deberá emplear el formato y seguir el procedimiento establecido en este artículo. Una vez definido el prestador receptor, el prestador remitente deberá diligenciar y enviar al prestador receptor la nota de remisión con la información clínica del paciente.*

**“Artículo 5. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y en el caso de autorización adicional.** *Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para su respuesta, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 que hace parte integral de la presente resolución. Para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo se tendrá en cuenta lo siguiente:*

**1.** *Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:*

**a.** *Para la atención posterior a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.*

**b.** *Para la atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.*

**2.** *En caso de que la solicitud implique la remisión a otro prestador, la entidad responsable del pago deberá dar la autorización de servicios en el formato y con el procedimiento establecido en este artículo, al receptor del paciente con copia al prestador solicitante. Lo anterior, sin perjuicio de que el prestador solicitante garantice la continuidad de la atención del paciente mientras se produce el traslado. La entidad responsable del pago deberá cancelar los servicios prestados mientras se asume el manejo por el prestador receptor.*

**3.** *Si transcurridos los términos establecidos en el numeral 1 del presente artículo, el prestador de servicios no ha recibido respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador continuará brindando la atención en los términos de la solicitud y facturará anexando como soporte la solicitud de autorización remitida a la entidad responsable del pago o a la dirección departamental, distrital o municipal de salud. La entidad responsable del pago no podrá devolver la factura o glosarla con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado.*

**4.** *Si luego de tres intentos de envío debidamente soportados, por la entidad responsable del pago a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de dos (2) horas en el caso de atención posterior a la atención inicial de urgencias y de seis (6) horas en el caso de servicios adicionales a la primera autorización, la entidad responsable del pago no logra comunicación con el prestador de servicios de salud, deberá remitir el formato de respuesta debidamente diligenciado por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los*

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

*ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.*

*Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a los prestadores en los que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para enviar la autorización de servicios. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.*

**5.** *En caso de que la solicitud implique la remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador de servicios de salud deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, emergencias y desastres - CRUE de la dirección territorial respectiva, o a la dirección territorial en el caso que no exista CRUE, quien definirá el prestador a donde debe remitirse el paciente. La entidad responsable del pago deberá cancelar el valor de la atención a la entidad receptora en los términos definidos en el acuerdo de voluntades y en el caso de no existir éste, en las normas vigentes sobre la materia y no podrá devolver la factura o glosarla con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado.*

**6. En caso de que la entidad responsable del pago considere que no es procedente la autorización del servicio solicitado en el prestador solicitante, a entidad responsable del pago adelantará los trámites necesarios para definir la atención de los servicios incluidos en el plan de beneficios a su cargo, en condiciones de calidad en otro prestador en un término no mayor a cuatro (4) horas.**

**7.** *No se podrán exigir soportes adicionales o dilatar mediante otros requerimientos la decisión sobre la autorización de servicios solicitada, lo anterior, sin perjuicio de que las entidades responsables del pago de los servicios de salud, puedan en casos complejos a criterio del auditor médico, solicitar datos clínicos adicionales a los consignados en el Anexo Técnico No. 3, para analizar la solicitud formulada. La solicitud de información adicional por parte de la entidad responsable del pago, deberá realizarse dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud del prestador y el prestador de servicios de salud deberá dar respuesta dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud de información adicional. Una vez recibida la información adicional la entidad responsable del pago deberá dar respuesta dentro de la siguiente hora.*

**8.** *Si en el acuerdo de voluntades se pactó la autorización de servicios, para el manejo de pacientes con patologías que cuenten con guías de atención concertadas entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago, la autorización será integral y cubrirá los servicios detallados en la guía correspondiente. La autorización se emitirá en los términos del plan de manejo enviado en la solicitud de autorización y sólo se requerirá nueva autorización en casos de cambios del plan de manejo*

**9.** *Si en el acuerdo de voluntades se pactó la autorización de servicios, para atención por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, la autorización cubrirá todos los servicios contenidos en el caso, conjunto, paquete o grupo relacionado por diagnóstico de acuerdo con lo definido en el acuerdo de voluntades. La autorización se emitirá en los términos del plan de manejo enviado en la solicitud de autorización y sólo se requerirá nueva autorización en casos de cambios del plan de manejo.*

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

**10.** Para el manejo de pacientes con patologías que cuenten con guías de atención concertadas entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago, la autorización, si ésta se pactó en el acuerdo de voluntades, será integral y cubrirá los servicios detallados en la guía correspondiente. En el caso de acuerdos de voluntades para atención por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, la autorización, si ésta se pactó, cubrirá todos los servicios contenidos en el caso, conjunto, paquete o grupo relacionado por diagnóstico de acuerdo con lo definido en el acuerdo de voluntades. La autorización se emitirá en los términos del plan de manejo enviado en la solicitud de autorización y sólo se requerirá nueva autorización en casos de cambios del plan de manejo.

**Parágrafo 1.** Si dentro de la solicitud de servicios de que trata el presente artículo se están incluyendo medicamentos no incluidos en el POS, adicionalmente deberá adjuntarse la documentación definida el artículo 9 de la Resolución 2933 de 2006 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

**Parágrafo 2.** En caso de que la entidad responsable del pago considere que no es procedente la autorización del servicio solicitado, dentro del término establecido en el presente artículo, enviará al prestador el formato único de negación de servicios establecido por la Superintendencia Nacional de Salud. El prestador deberá entregar el formato de negación al paciente o acudiente para que éste pueda, si así lo considera, ejercer los derechos de contradicción ante la entidad responsable del pago o ante la Superintendencia Nacional de Salud”.

**“Artículo 10. Medios de envío y recepción de información:** La información contenida en los anexos 1, 2, 3 y 4 definidos en la presente resolución, enviada y recibida entre entidades responsables del pago y prestadores de servicios de salud, se considera mensaje de datos y se somete a lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicione o sustituyan.

El envío y recepción de la información contenida en dichos anexos, entre entidades responsables del pago y prestadores de servicios de salud, se podrá realizar a través de uno o más de los siguientes medios:

<b>Medio</b>	<b>Características</b>
<b>Intercambio Electrónico de Datos (EDI)</b>	<b>Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud podrán desarrollar, disponer e implementar servicios de intercambio electrónico de datos. El Ministerio de la Protección Social en su página WEB dispondrá de los formatos .XML que deben ser utilizados para su desarrollo.</b>
<b>Correo electrónico</b>	<b>Se deben adjuntar al correo electrónico las imágenes en formato tipo .PDF, .TIF o .GIF Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud deberán garantizar la disponibilidad de uno o varios buzones de correo electrónico con la capacidad suficiente veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana Los nombres de los buzones deberán ser publicados y exclusivos para este tipo de información.</b>
<b>Telefax</b>	<b>Las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud deberán garantizar la disponibilidad de un telefax veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana para la recepción y envío de los formatos.</b>

Para el envío de información a los usuarios, las entidades responsables del pago podrán utilizar medios como: envío a la dirección de correspondencia definida por el usuario por telefax o correo electrónico como imagen adjunta, si el usuario dispone de dichos medios.

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01118 -01.

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

**Parágrafo.** *El debido soporte de los intentos de envío de mensajes de datos de que trata la presente resolución se realizará con sujeción a lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.”.*

De esta manera, es clara que para que se pudiera realizar el cobro a la E.P.S., independiente de que se tratara de un sobrecosto adicional a lo que fuere sufragado por la A.D.R.E.S., conforme a lo dispuesto en el artículo 13 del Decreto 4747 de 2007 era necesario que previamente se lograra la autorización por parte de la E.P.S. para que se realizara su pago, pues en ningún caso se excluye del agotamiento del mismo, por demás que de existir negativa por parte de la entidad responsable del pago, esta podía adelantar los trámites necesarios para definir la atención de los servicios incluidos en el plan de beneficios a su cargo, en condiciones de calidad en otro prestador; ello, sin perjuicio que ante una dilatación injustificada o una falta de respuesta la E.P.S. no pueda efectuar ningún tipo de glosa.

Por ello, se adentra la Sala a verificar si la clínica solicitó en los términos dispuestos en la Resolución 3047 de 2008 la correspondiente autorización para la prestación de los servicios de salud, frente a lo que se encuentra que el demandante remitió solicitud de autorización de la estancia de la paciente en seis ocasiones el 09 de diciembre de 2018 a las 14:51, 15:23, 16:21, 16:22, 17:16 y 18:27 al correo electrónico [referenciapijaosepsi@hotmail.com](mailto:referenciapijaosepsi@hotmail.com) (archivo 03, carpeta 01); no obstante, señala la demandada que el dominio referido no corresponde a un correo autorizado para la recepción de autorizaciones por urgencias.

Al respecto, observa la Sala que el A Quo consultó la página web de la demandada, y refirió que el correo electrónico habilitado para servicios de salud de esta era [referencia.tolima@pijaossalud.com.co](mailto:referencia.tolima@pijaossalud.com.co) y [referencia@pijaossalud.com](mailto:referencia@pijaossalud.com); misma consulta que realizó la Sala en la página web <https://www.pijaossalud.com/contactenos/> para confirmar tal situación, evidenciándose igual escenario<sup>1</sup>.

En igual sentido, el A Quo señaló que en su portal web <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionInstitucional/Hoja>

---

<sup>1</sup> De igual manera se puede consultar el link:

<https://www.pijaossalud.com/wp-content/uploads/2020/08/Politica-de-Proteccion-de-datos.pdf>

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01118 -01.

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

[sVidaEPS/PIJAOS-SALUD.xls](#) no se encontraba el correo electrónico al que se remitió la solicitud de autorización. En efecto, ingresando al link de la referencia se encontró la siguiente información:

CAPITULO I	FICHA DE DATOS GENERALES
RAZON SOCIAL	PIJAOS SALUD EPSI
NIT	809.008.362 - 2
TIPO VIGILADO	Entidad Promotora de Salud Indígena
MEDIDAS ADMINISTRATIVAS	Habilitación / Autorización Revocada
CODIGO SNS	EPS I06
REPRESENTANTE LEGAL	JOSE RENE DUCUARA DUCUARA
DOCUMENTO ID. REP. LEGAL	5.969.656
REVISOR FISCAL	NANSY MILDRE OSPINA
DOCUMENTO ID. REV. FISCAL	65.768.037
DOMICILIO	Carrera 8a N° 17-22, Barrio Interlaken
TELEFONOS	098- 2610793 098-2616201 Ext 105
CORREO ELECTRONICO	contpijaosepsi@hotmail.com jrdpijaos@hotmail.com audpijaosepsi@telecom.com.co garantiaycalidadpijaossalud@hotmail.com referenciapijaossalud@hotmail.com rene.ducuaara@pijaossalud.com.co carolina.buitrago@pijaossalud.com.co
DEPARTAMENTO	Tolima
MUNICIPIO	Ibagué
FUENTE	HOJA DE VIDA EPS SNS
FECHA ACTUALIZACIÓN	14 de mayo de 2015

Igualmente, señaló que en link <https://prestadores.minsalud.gov.co/directorio/consulta.aspx> tampoco encontró el correo aludido; consulta que ciertamente arroja la siguiente información:

**INFORMACIÓN DE RESPONSABLES DE PAGO DE SERVICIOS DE SALUD**

Directorio de Pagadores | Directorio de Prestadores | Información Municipal | Ayuda



Tipo de Entidad: EPS Subsidiado  
 Código: ESS164  
 Sigla: PIJAOS SALUD EPSI  
 Nombre: PIJAOS SALUD EPSI  
 Representante Legal: DUCUARA DUCUARA JOSE RENE  
 Departamento: Tolima  
 Municipio: IBAGUÉ  
 Dirección: Cra 8a No17 22 Barrio Interlaken  
 Teléfono: 2634672  
 Correo Electrónico: alexcg09@hotmail.com  
 Página Web:  
 Enlace a Red de Prestación:

\* Diligencie el (los) campo (s) que conozca para realizar la búsqueda  
 \* Una vez realizada la búsqueda seleccione una entidad para ver el detalle de los contactos.

Nuevo | Buscar | Excel | Texto

**INFORMACIÓN DE RESPONSABLES DE PAGO DE SERVICIOS DE SALUD**

Directorio de Pagadores | Directorio de Prestadores | Información Municipal | Ayuda



Tipo de Entidad: EPS Subsidiado  
 Código: EPSI06  
 Sigla: PIJAOSALUD EPSI  
 Nombre: PIJAOS SALUD EPSI  
 Representante Legal: JOSE RENE DUCUARA DUCUARA  
 Departamento: Tolima  
 Municipio: IBAGUÉ  
 Dirección: Carrera 8#17-22 Barrio Interlaken  
 Teléfono: 098 2616371  
 Correo Electrónico: pijaossaludeps@telecom.com.co  
 Página Web:  
 Enlace a Red de Prestación:

\* Diligencie el (los) campo (s) que conozca para realizar la búsqueda  
 \* Una vez realizada la búsqueda seleccione una entidad para ver el detalle de los contactos.

Nuevo | Buscar | Excel | Texto

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01118 -01.

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

Así las cosas, le asiste razón al *A Quo* en cuanto a que no se realizó el cobro al canal que tiene la demandada para fin, siendo para tal efecto tardías las peticiones elevadas el 30 de diciembre de 2020, 15 de febrero y 07 de abril de 2021, pese a que se efectuaron al dominio [referencia.tolima@pijaossalud.com.co](mailto:referencia.tolima@pijaossalud.com.co) (archivo 03, carpeta 01), según lo dispuesto en el artículo 4 de la Resolución 3047 de 2018.

Corolario de lo anterior, se CONFIRMARÁ la sentencia.

### **3. COSTAS DE SEGUNDA INSTANCIA.**

Sin costas en esta instancia.

### **4. DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, Administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, D.C., SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL,**

#### **R E S U E L V E:**

**PRIMERO.** – **CONFIRMAR** la sentencia proferida el 13 de abril de 2023 por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, por lo expuesto en la parte considerativa.

**SEGUNDO.** – Sin costas en esta instancia.

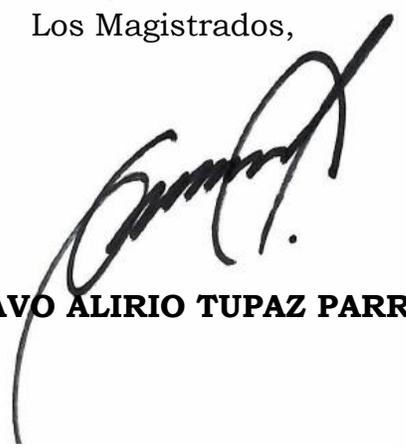
Esta sentencia deberá ser notificada en Edicto atendiendo los términos previstos en el artículo 41 y 40 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01118 -01.

Demandante: **CLINICAL MEDICAL S.A.S.**

Demandado: **PIJAOS SALUD E.P.S.**

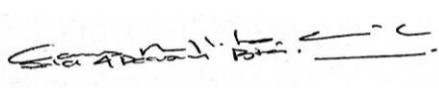
Los Magistrados,



**GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA**

*Diego Roberto Montoya*

**DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN**



*Carlos Alberto Cortés Corredor*

**CARLOS ALBERTO CORTÉS CORREDOR**