República de Colombia

TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL

SALA LABORAL

Bogotá D.C., treinta y uno (31) de enero de dos mil veintidós (2022)

Magistrada Ponente: **Dra. LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO**

Ref.: Radicación N° 11-001-31-05-000 2021 00906 01. Proceso Sumario de VC Eléctricos Construcciones SAS contra Cafesalud EPS S.A y Otra (Fallo de Segunda Instancia).

En Bogotá D.C, la Magistrada Ponente en asocio de los Magistrados que conforman la Sala Séptima de Decisión, procede a proferir de plano la siguiente,

SENTENCIA:

La sociedad VC Eléctricos Construcciones SAS convocó a CAFESALUD EPS y MEDIMAS EPS para obtener el reconocimiento económico de la licencia de maternidad que reconoció a la trabajadora Deicy Alexandra Carvajal Sanabria. Pretensiones que tienen sustento en los siguientes,

HECHOS:

En lo que interesa al asunto adujo que a la empleada Deicy Alexandra Carvajal Sanabria se le reconoció licencia de maternidad por parte de la EPS Cafesalud, por 126 semanas a partir del 16 de junio y hasta el 19 de octubre de 2017.

Powered by CamScanner

Indicó que a pesar de que en su momento se le reconoció a la trabajadora el valor correspondiente, la EPS no ha cancelado la referida licencia.

ACTUACIÓN DE PRIMERA INSTANCIA:

La petición fue admitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante auto del 26 de febrero de 2018, en contra de Cafesalud EPS y Medimas EPS.

Corrido el traslado en virtud de lo previsto en el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, MEDIMAS EPS dio respuesta a la acción en oposición a las pretensiones, adujo en su defensa que no es la obligada a reconocer y pagar obligaciones causadas cuando no había iniciado operaciones. Propuso en su defensa la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva.

Por su parte CAFESALUD EPS aceptó que se expidió a la afiliada Deicy Alexandra Carvajal Sanabria licencia de maternidad la cual se generó entre el 16 de junio de 2017 y el 19 de octubre de 2017, y que no se pudo generar el pago correspondiente debido a que su cuenta maestra fue embargada por orden judicial. Propuso la excepción que denominó licencia de maternidad reconocida y liquidada

La *aquo* profirió sentencia el 4 de mayo de 2020, en la que ordenó a Cafesalud EPS en liquidación a pagar la suma de $1’131.166,oo y a la EPS Medimas la suma de $1’967.245,oo; conclusión a la que arribó al considerar que se encontraba acreditado el cumplimiento de los requisitos para el reconocimiento de la licencia de maternidad a la señora Deicy Alexandra Carvajal Sanabria, quien se encontraba afiliada a la EPS Cafesalud, pero que en la medida que se trasladó efectivamente a la EPS Medimas a partir del 1° de agosto de 2017, ordenó que el pago de la licencia se efectuara en

Powered by CamScanner

proporción al tiempo de afiliación a cada una de las referidas entidades promotoras de salud.

Inconforme con la anterior decisión, el apoderado de la EPS Cafesalud interpuso recurso de apelación el cual fue concedido.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO:

Solicita el recurrente se ordene a la demandante hacerse parte del proceso liquidatorio radicando la acreencia de acuerdo con las reglas establecidas en los Decretos 663 de 1993 y 2555 de 2010

Indicó que, de acuerdo con la información reportada por el área de salud, la licencia de maternidad de la exafiliada Deicy Alexandra Carvajal Sanabria se encuentra liquidada y aprobada para pago, pero que de acuerdo con la información suministrada por el área de operaciones, a la fecha se encuentra pendiente de pago.

Añadió en tal sentido que mediante la Resolución 007122 del 22 de julio de 2019 se ordenó la liquidación de la accionada y que en tanto el proceso liquidatorio es un procedimiento reglado, especial y preferente, en el que debe prevalecer el principio de igualdad entre los acreedores, debe ordenarse al demandante hacerse parte del mismo.

CONSIDERACIONES DE ESTA SEGUNDA INSTANCIA

Al tenor de lo dispuesto en el artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, por medio del cual se le conceden funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para fallar con

Powered by CamScanner

carácter definitivo con las facultades propias de un juez, así como se recuerda que el recurso de apelación se hará ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate, esta Corporación en razón de este presupuesto legal, abordará el estudio de la alzada.

Ahora bien, de acuerdo con los argumentos expuestos en el recurso de apelación, en virtud de lo establecido en el artículo 66A del C.P.T y S.S., el análisis de la Sala se circunscribe al estudio de las inconformidades planteadas en el escrito de interposición del recurso, atendiendo las razones de disenso expuestas en la sustentación por la recurrente, ya que todo aquello cuya revocatoria no se impetra con las debidas motivaciones ha sido aceptado por la apelante.

En esas condiciones, corresponde tener en cuenta que, al no haber sido objeto de inconformidad por la recurrente, permanecen incólumes las conclusiones a las que arribó el servidor judicial de primer grado relativas al derecho en cabeza del accionante al pago de licencia de maternidad que reconoció a su empleada Deicy Alexandra Carvajal Sanabria; máxime cuando la recurrente señala que de acuerdo con la información suministrada por su Área de Operaciones, el pago se encuentra aprobado.

De entrada corresponde señalar que pretende la recurrente que a través del trámite de la alzada se ordene al accionante que para el pago del referido reembolso a que tiene derecho, se le ordene acudir al trámite de liquidación de la entidad.

Al respecto, considera la Sala oportuno recordar que el objeto de la liquidación obligatoria es la satisfacción de los diversos créditos con un criterio de igualdad, en el sentido de que todos los titulares de un derecho

Powered by CamScanner

puedan ser satisfechos con los bienes del deudor y a su vez, si es del caso, asumir ciertas pérdidas en razón de la crisis que afectó al empresario.

Pese a lo anterior, corresponde precisar que el presente trámite, es de naturaleza declarativa y como tal, en modo alguno se privilegia el derecho del accionante respecto de los demás acreedores; tan es así que en el numeral 1° del artículo 9.1.1.1.1. del Decreto 2555 de 2010, expresamente estableció únicamente la prohibición de adelantar procesos de coacción coactiva y naturaleza ejecutiva, juicios en los que sí es posible advertir tal desequilibrio.

Bajo tal perspectiva, en cuanto la condena impuesta en contra de la EPS Cafesalud S.A. en liquidación al reconocimiento del reembolso de la licencia de maternidad en modo alguno transgrede o afecta el trámite de su liquidación, y debido a que la forma en que la accionante haga efectiva tal determinación, no solo escapa al trámite del presente proceso, sino que se encuentra expresamente regulado en la Ley, se confirmará la decisión de primer grado.

Hasta aquí el análisis de la Sala. Costas en esta instancia a cargo de la recurrente.

DECISIÓN:

En razón y mérito de lo expuesto, la SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

Powered by CamScanner

RESUELVE

CONFIRMAR la decisión de primera instancia, de acuerdo con las razones expuestas en la parte motiva de la presente decisión. Costas en la alzada a cargo de la recurrente, para su tasación inclúyanse como agencias en derecho la suma de $200.000,oo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO
Magistrada

LILLY YOLANDA VEGA BLANCO
Magistrada

LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL
Magistrado

Powered by CamScanner

República de Colombia

TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL

SALA LABORAL

Bogotá D.C., treinta (30) de octubre de dos mil veinte (2020)

Magistrada Ponente: **Dra. LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO**

Ref.: Radicación N° 11-001-31-05-000-2020-00220-01. Proceso Sumario de Lady Johana Pinzón Garnica contra Cafesalud EPS S.A. (Fallo de Segunda Instancia).

En Bogotá D.C, la Magistrada Ponente en asocio de los Magistrados que conforman la Sala Séptima de Decisión, procede a proferir de plano la siguiente,

SENTENCIA:

LADY JOHANA PINZÓN GARNICA convocó a CAFESALUD EPS S.A. para obtener mediante los trámites propios del proceso verbal sumario, el reembolso de las sumas de dinero que debió pagar con recursos propios por concepto de consultas con especialistas y exámenes diagnósticos en la clínica de ojos. Pretensiones que tienen sustento en los siguientes,

HECHOS:

Indica el escrito promotor del litigio, que después de que se efectuara cirugía ocular (incrustación de anillos intraestromales) el 7 de septiembre

Powered by CamScanner

de 2016 por parte de la EPS y efectuada por la clínica GAVAVISIÓN, se indicó que de forma posterior debía efectuarse consulta de control de córnea al mes siguientes, no obstante, la clínica no otorgó la cita por cuanto no había agenda; que elevó queja ante la Superintendencia de Salud el 19 de octubre, sin que se hubiere obtenido respuesta alguna, no obstante, se le asignó cita para el 31 de marzo de 2017, en la Clínica de Ojos, fecha en la que la atendieron, y al hacerse la valoración del diagnóstico, se le indicó que había sospecha de glaucoma, por lo que se solicitó pruebas y exámenes avanzados como *1. PAQUIMETRICA BILATERAL, 2. TOPOGRAFÍA CRONEAL COMPUTARIZADA, 3. EXÁMENES DE OPTOMETRÍA, 4. TOMOGRAFÍA ÓPTICA COHERENTE DE ESTRUCTURA OCULAR y 5. CONTROL CÓRNEA;* que el 5 de abril se dirigió a la EPS a solicitar la autorización de los exámenes, no obstante, le informaron que debía acudir al sitio donde interpuso la queja, por lo que el 17 de abril se dirigió a la Superintendencia de Salud, quien le indicó que la petición quedaba radicada a la EPS Cafesalud; que como quiera que la EPS no efectuó pronunciamiento, asumió los exámenes por costo propio realizando la consulta de optometría, el examen de paquimetria bilateral y la tomografía óptica el 17 de mayo, cancelando las sumas de $55.000, $100.000 y $280.000 respectivamente, y realizando la cita de control de córnea el 24 de mayo, por la cual se canceló la suma de $150.000, cancelando la suma de $585.000, los cuales deben ser reembolsados.

ACTUACIÓN DE PRIMERA INSTANCIA:

La petición fue admitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante auto del 24 de julio de

Powered by CamScanner

2017[1]. Corrido el traslado en virtud de lo previsto en el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, la peticionada dio contestación dentro del término concedido, manifestando que no es procedente el reembolso cancelado por la demandante de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, esto por cuanto no se cumplen los requisitos legales, ya que la actora no demuestra la imposibilidad, negativa injustificada o negligencia por parte de la EPS en realizar los exámenes y citas médicas, advirtiendo que cuenta con la cobertura respectiva por parte de su prestadores de salud, aunado, con que no se radicó la solicitud de reembolso dentro de los 15 días siguientes al procedimiento, por cuanto no obra registro alguno al respecto.

Así mismo, señaló que el diagnóstico establecido no constituía una urgencia vital y que el prestador de salud no solicitó autorización a la EPS para prestar la atención. Finalmente, indicó que la factura no cuenta con los requisitos legales para tenerse como título valor.

El aquo profirió sentencia el 29 de agosto de 2019[2], a través de la cual ordenó a la demandada, proceder al reembolso de los dineros gastados por la accionante para la atención brindada por la institución particular a afectos de recuperar su estado de salud, en la suma de $585.000,oo.

Inconforme con la decisión, la apoderada de la demandada interpuso recurso de apelación, el cual le fue concedido en el efecto suspensivo.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO:

[1] Cfr. Fls 18.
[2] Cfr. Fls 66/69.

Powered by CamScanner

Afirmó el recurrente que no le asiste razón al juez de primer grado, como quiera que no se acreditan los presupuestos para el reembolso, que no son otros que i) demostrar que la prestación del servicio era de urgencia, ii) que el servicio prestado haya sido autorizado por la EPS y iii) que haya existido incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia por parte de la EPS en la prestación del servicio de salud, factores que no fueron acreditado en el plenario, ya que el mismo perito de la Superintendencia manifestó que la atención no fue de urgencia, no se autorizó el procedimiento, ni tampoco se demostraron las causales ya indicadas. Así mismo, por cuanto se negó el reembolso con ocasión del resultado de auditoria efectuado respecto del caso, ya que no se había autorizado ningún examen o procedimiento y por cuanto no se estableció el dictamen en forma correcta.

De igual forma, manifestó que no tuvo oportunidad de contradicción del concepto técnico, ya que no se puso en conocimiento de la EPS para su derecho de defensa, el que fue tenido en cuenta en la decisión, pues solo se conoció del mismo hasta la decisión, enfatizando, que los conceptos técnico son una prueba legal de las partes y no se practican por mandato legal, reemplazando el derecho que tienen las partes para solicitar la prueba respectiva, violando el principio de imparcialidad en la función jurisdiccional. Finalmente, manifestó que los recursos a la salud tienen una destinación específica, por lo que no se pueden destinar para situaciones diferentes a las de la atención de los usuarios y por ello no se puede reconocer valores sin el cumplimiento de los requisitos de ley.

Powered by CamScanner

Con base en lo anterior, la pasiva solicitó la revocatoria de la sentencia impugnada, para que en su lugar se absuelva de las pretensiones formuladas en su contra.

CONSIDERACIONES DE ESTA SEGUNDA INSTANCIA

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, por medio del cual se le conceden funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para fallar con carácter definitivo con las facultades propias de un juez, lo mismo que la idea según la cual, el recurso de apelación se hará ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate, esta Corporación en razón de estos presupuestos legales, abordará el estudio de la alzada.

Observa la Sala, que la accionante, señora LASY JOHANA PINZÓN GARNICA acudió al trámite jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se definiera en su favor el reconocimiento del reembolso de los dineros que tuvo que sufragar para la realización de exámenes y citas de control, ante el posible dictamen de glaucoma; procedimientos que le fue practicados en la Clínica de Ojos, debido a que Cafesalud no emitió respuesta alguna frente a la autorización de los exámenes y citas de control ordenadas por el médico tratante.

Para declarar el derecho en favor del accionante consideró que "... *Ahora bien, se debe indicar que, de conformidad con el concepto médico antes citado, si bien el diagnóstico establecido por el oftalmólogo tratante no era una urgencia vital, también lo es que la demandante requería*

Powered by CamScanner

atención prioritaria para tratar su problema visual. En razón de ello la demandante acudió al a EPS CAFESALUD para su respectiva autorización, pero la única respuesta que recibió era que no se contaba con agenda. Por lo que, ante dicha respuesta, no tuvo otra opción que acudir como paciente particular al prestador Clínica de Ojos, para que le realizaran los exámenes y valoraciones ordenados por el médico tratante.".

Así mismo consideró que *"... Cabe anotar que a CAFESALUD EPS, se solicitó en el auto que admitió la demanda que allegara las autorizaciones de servicios por concepto de medicina especializada relacionadas con el diagnóstico de la demandante, desde el año 2016, así como que informara de los trámites administrativos que adelantó la EPS para prestarle los servicios de salud que requería la condición visual de la afiliada. No obstante, no informó ni allegó copia de autorizaciones de servicios para la realización de consultas de oftalmología, interconsulta de optometría, y para la realización de los exámenes ordenados por la oftalmóloga de la Clínica de los Ojos. El apoderado de la EPS CAFESALUD, se limitó a indicar que el reembolso solicitado no cumplió con los requisitos legales, que el diagnóstico médico no era una urgencia y que el prestador no solicitó autorización a la EPS para la prestación del servicio.".*

De igual forma agregó que *"Por lo tanto, es claro que CAFESALUD EPS, no demostró que le prestara los servicios de salud a su afiliada señora Lady Johana Pinzón Garnica con oportunidad, continuidad y de manera integral, oportuna y con claridad, por lo que se establece la negligencia de la EPS en la atención de salud que demandó la usuaria, debido a que no logró que le realizaran los exámenes de paquimetría bilateral y topografía corneal computarizada, el examen de optometría,*

Powered by CamScanner

la tomografía óptica y las citas de control de córnea y cita con optometría, como afiliada de la EPS CAFESALUD, debiendo asumir su costo como paciente particular.".

Finalmente indicó que *"Por lo que la respuesta de la EPS, así como los argumentos expuestos por el apoderado de la demandada no son de recibo, debido a que no demostró que la EPS le prestara los servicios de salud en las condiciones de calidad en la prestación de los servicios de salud que requería la afiliada.".*

Efectuada la anterior reseña, el aspecto siguiente a resolver hace referencia a la inconformidad de la pasiva, según la cual la situación fáctica planteada no encuadra dentro de los requisitos legales para que la EPS proceda a reconocer los dineros sufragados por la accionante porque: i) la atención ofrecida en la IPS particular a la que acudió no podía ser calificada de urgencia; ii) porque la entidad en ningún momento autorizó la atención y ;iii) por cuanto no se demostró incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia en la prestación del servicio de salud.

Para dar respuesta a tales cuestionamientos, se debe mencionar, que la jurisprudencia constitucional ha sido prolífica en la contextualización y desarrollo doctrinal del derecho a la salud, partiendo siempre de la base, que la salud no es sólo la ausencia de dolencia o enfermedades, sino un estado íntegro de bienestar de la persona, que comprende el aspecto moral, físico y social, concepto que está acorde con la definición que ha adoptado la Organización Mundial de la Salud.

También se debe recordar que ante los hechos que han demarcado la sucesiva y continua vulneración a este derecho, llevaron a que el alto

Powered by CamScanner

Tribunal constitucional considerara a la Salud como un derecho fundamental autónomo, tal como se reseñó en la sentencia T-760 de 2008, que sobre este punto indicó que *"...son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo", la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, 'de manera autónoma', cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho. Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela. La jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo..."*[3]

De otro lado, es preciso señalar que, si bien es cierto, el ejercicio de este derecho se encuentra soportado sobre una estructura administrativa para su funcionamiento, tal situación no puede llegar al punto de convertirse en una barrera para hacer nugatoria la prestación del servicio de salud, lo cual comprende el diagnóstico, los procedimientos o intervenciones quirúrgicas, el suministro de medicamentos o cualquier otro servicio requerido para hacer efectivo este derecho, con mayor razón cuando se trata del servicio de urgencias; de suerte que todo lo relacionado con autorizaciones, cobros, corrección de información, actualización de datos, entro otros parecidos están a cargo de la entidad administradora y no en cabeza del usuario.

---

[3] Cfr, consideración jurídica No. 3.2.1.3

Powered by CamScanner

En la aludida sentencia T-760 de 2008, la Corte se pronunció de la siguiente manera:

> *"(...) Para la Corte 'las EPS no pueden imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad'. En tal sentido, cuando una EPS niega servicios de salud a una persona que tiene derecho a ellos, porque no realizó un trámite que le corresponde realizar a la propia entidad, irrespeta su derecho a la salud, puesto que crea una barrera para acceder al servicio. (...)".*

Y en sentencia T-146 de 2011 sobre este mismo tema, indicó:

> *"(...)* ***Los trámites administrativos internos de una entidad no pueden constituirse en una carga para el ciudadano. Reiteración jurisprudencial.***
>
> *En repetidas oportunidades esta Corporación ha señalado que un trámite administrativo interno de una entidad no puede constituirse en una barrera para el disfrute de los derechos de una persona. Las cargas administrativas internas le corresponde soportarlas a la entidad y no al ciudadano. De manera específica, una entidad del sector salud no puede trasladarle sus cargas y confusiones administrativas al ciudadano. Así los señaló la sentencia T-760/08 al indicar que, "Toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud sin que las EPS puedan imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad". En esta oportunidad la Sala reiterará esta regla, toda vez, que la confusión que se suscita a partir de que en el sistema de la entidad aparecen dos personas con el mismo número de cedula, razón por la cual el Instituto ha decidido dejar de prestarle el servicio de salud, es una carga administrativa que compete a la entidad y no a la ciudadana (...)".*

Ahora; para el asunto, debe explicar la Sala, cuál es la definición del término urgencias. La noción se encuentra en el artículo 3° del Decreto 412 de 1992, que dispone lo siguiente:

> *1. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.*
>
> *2. ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.*

Powered by CamScanner

3. ATENCION DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

Acorde con dichas definiciones, debe advertirse que no existe discusión alguna en lo referente a que no se trató de un diagnóstico de urgencia por parte del médico tratante, tal como lo señaló la falladora de primer grado, pero sí, de una atención prioritaria que requería la afiliada, ante el posible desarrollo de una enfermedad más grave, que podía ser detectada de forma anticipada con los exámenes y citas ordenadas por la Clínica de Ojos, no obstante lo anterior, se debe traer a estudio lo normado en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, que establece:

"Artículo 41°. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

b. Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS 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.".

De acuerdo con lo anterior, no es acertado el argumento que expone la encartada, en el sentido que se deben acreditar lo tres presupuestos para acceder al reembolso, ya que cada uno de ellos es diferente, esto es i) la atención de urgencias, ii) la autorización expresa de la EPS de prestarse el servicio y, iii) la de acreditarse la imposibilidad, negativa injustificada o negligencia de la EPS en la prestación del servicio de salud.

Powered by CamScanner

En ese orden de ideas, en efecto tal como lo manifestó la aquo, se encuentra demostrado la tercera posibilidad para disponerse el reembolso de sumas de dinero, esto es, la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia, ya que tal como se advierte de los medios probatorios allegados al proceso, resulta evidente que la EPS no brindó la prestación del servicio de salud requerida por su afiliada, por cuanto si bien efectuó órdenes médicas y exámenes para proteger la salud visual, también lo es, que necesitó de la intervención de la Superintendencia Nacional de Salud para lograr tales objetivos, no obstante, incluso los exámenes y citas médicas de *1. PAQUIMETRICA BILATERAL, 2. TOPOGRAFÍA CRONEAL COMPUTARIZADA, 3. EXÁMENES DE OPTOMETRÍA, 4. TOMOGRAFÍA ÓPTICA COHERENTE DE ESTRUCTURA OCULAR y 5. CONTROL CÓRNEA*, no fueron autorizados por la EPS, ni con la queja presentada por la demandante ante la misma entidad, ni ante la entidad de control y vigilancia, al punto que incluso en el auto admisorio de la demanda en el trámite jurisdiccional se requirió a la demandada para que aportara *"... citas por medicina general y medicina especializada, así como las autorizaciones emitidas durante el período de agosto de 2016 a la actualidad (...)"*, sin que la EPS aportara tales documentos que acreditaran que la prestación del servicio fue por voluntad propia de la afiliada y no ante la negligencia de la encartada.

Ahora bien, frente al peritaje dispuesto por la falladora de primer grado, debe indicarse en primer lugar, que tal como lo señaló la misma encartada, el mismo determinó que la patología de la demandante no era una urgencia, aunado, con que tampoco se requiere de forma única y exclusiva que los peritajes se aporten por las partes, ya que el fallador puede hacer uso de su facultad oficiosa en el decreto de pruebas, como

Powered by CamScanner

ocurrió en el caso bajo estudio, sin que por ello se vulnere el derecho de defensa o debido proceso de las partes, por cuanto el medio probatorio sin importar quien lo aporte, pertenece al proceso y no a las partes, por l que tal argumento queda sin sustento alguno.

Finalmente, debe señalarse que tampoco se puede acoger el dicho referente a que existe destinación específica de los dineros de la salud, por cuanto tal como se indicó con anterioridad, cuando se acredita cualquiera de los casos establecidos en la Ley, es procedente el reembolso de los dineros pagados por la afiliada.

Así las cosas, se confirmará la providencia apelada.

DECISIÓN:

En razón y mérito de lo expuesto, la SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **RESUELVE: CONFIRMAR** la decisión de primera instancia, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta decisión. Sin costas en el recurso. **NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE.**

LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO
Magistrada

LILLY YOLANDA VEGA BLANCO
Magistrada

Powered by CamScanner

LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL

Magistrado

República de Colombia

TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL

SALA LABORAL

Bogotá D.C., treinta (30) de junio de dos mil veintidós (2022)

Magistrada Ponente: **Dra. LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO**

Ref.: Radicación N° 11-001-31-05-000-2019-00650-01. Proceso Sumario de Saitemp S.A. contra Coomeva EPS S.A (Fallo de Segunda Instancia).

En Bogotá D.C, la Magistrada Ponente en asocio de los Magistrados que conforman la Sala Séptima de Decisión, procede a proferir de plano la siguiente,

SENTENCIA:

La empresa de servicios temporales SAITEMP S.A. por intermedio de su representante legal convocó a COOMEVA EPS S.A. para obtener mediante los trámites propios del proceso verbal sumario, el reconocimiento y pago de las incapacidades generadas en favor de su trabajador HUBER ERNEY OSORIO GONZÁLEZ, causadas entre el 23 de septiembre de 2016 y el 1° de marzo de 2017. Pretensiones que tienen sustento en los siguientes,

HECHOS:

Indica el escrito promotor del litigio, que los trabajadores de la empresa temporal SAITEMP S.A. se encuentran afiliados a la EPS COOMEVA;

Powered by CamScanner

que se dieron múltiples incapacidades, dentro de las cuales se encuentran las de su trabajador HUBER ERNEY OSORIO GONZÁLEZ, causadas entre el 23 de septiembre de 2016 y el 1° de marzo de 2017, concedidas de forma ininterrumpida, no obstante, se recibió respuesta por parte de la Entidad Promotora de Salud mediante *NOTAS ACLARATORIAS*, en las que informaron que no era procedente el pago, por cuanto a la fecha de ocurrencia del evento existen periodos sin pago de aporte; que se causa un perjuicio a cada uno de los trabajadores en misión a quienes se niega el pago de las incapacidades, enfatizando que si bien en principio se estableció que cuando exista mora en el pago de aportes, no es procedente el reconocimiento de prestación alguna, no obstante, dicha regla fue objeto de desarrollo jurisprudencial, en la que se indican que cuando hay allanamiento a la mora, se debe reconocer el derecho.

ACTUACIÓN DE PRIMERA INSTANCIA:

La petición fue admitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante auto del 29 de junio de 2017[1]. Corrido el traslado en virtud de lo previsto en el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, la peticionada dio contestación dentro del término concedido[2].

En síntesis, la parte pasiva señaló que no es dable el reconocimiento de la incapacidad, por cuanto en el caso del afiliado, se efectuó el pago que le correspondía, mientras que en otro período tan solo tuvo cobertura de las patologías que padecía el señor Osorio González o aquellas contingencias derivadas de una urgencia, por lo que o existe fundamento jurídico alguno que imponga la obligación de pago del concepto reclamado.

---

[1] Cfr. Fl. 38.
[2] Cfr. Fl. 43/44

Powered by CamScanner

Finalmente, señala que el mencionado afiliado seguirá recibiendo el tratamiento y medicamentos necesarios producto de sus patologías, aún, con posterioridad a su desafiliación.

El aquo profirió sentencia el 9 de mayo de 2019[3], a través de la cual ordenó a la demandada, proceder con el pago de las incapacidades por la suma de $3.727.653.

Inconforme con la decisión, la apoderada de la demandada interpuso recurso de apelación, el cual le fue concedido en el efecto suspensivo.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO:

Afirmó el recurrente que no le asiste razón al juez de primer grado, toda vez que mediante transferencia bancaria No. 017PASA18106XORO de OCCI RED pagó una suma de $12.251.578, dentro del cual se encuentran las incapacidades reclamadas por el monto de $2.854.248. Así mismo, manifiesta que no es procedente el reconocimiento de las incapacidades comprendidas entre el 23 y el 29 de septiembre de 2016 y entre el 30 de septiembre de 2019 y el 7 de octubre de 2016, como quiera que para dicha época el demandante no había efectuado cotizaciones por 4 semanas continuas, ya que el primer pago se realizó el 1° de noviembre de 2019, por lo que la cobertura del Sistema de Salud empezaría desde el 2 del mismo mes y año.

De igual forma, indicó que tampoco es procedente el reconocimiento y pago de las incapacidades comprendidas entre el 8 y el 17 de octubre de 2016 y entre el 18 de octubre y el 1° de noviembre de 2016, por cuanto al afiliado se le registró la novedad de retiro, por lo que se debe revocar la

[3] Cfr. Fls 47/49

Powered by CamScanner

decisión de primer grado y en su lugar absolver de los pedimentos elevados.

CONSIDERACIONES DE ESTA SEGUNDA INSTANCIA

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, adicionado por los artículos 126 y 127 de la Ley 1438 de 2011, por medio del cual se le conceden funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para fallar con carácter definitivo con las facultades propias de un juez, lo mismo que lo indicado por la Corte Constitucional en la sentencia C-119 de 2008 según la cual, el recurso de apelación se hará ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate, esta Corporación en razón de estos presupuestos legales, abordará el estudio de la alzada.

Observa la Sala, que la accionante, sociedad SAITEMP acudió al trámite jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se definiera en su favor el reconocimiento de las incapacidades extendidas a su trabajador HUBER ERNEY OSORIO GONÁZLEZ por el período comprendido entre el 23 de septiembre de 2016 y el 1° de marzo de 2017.

En ese orden de ideas, y como quiera que la pasiva aportó junto con el recurso de apelación, medio de prueba que posiblemente acreditaría el pago parcial reclamado, se hace necesario remitirnos a lo dispuesto en el artículo 327 del Código General del Proceso, aplicable por analogía al procedimiento laboral de conformidad con el artículo 145 del C.P.T y S.S., que dispone:

Powered by CamScanner

*"**ARTÍCULO 327. TRÁMITE DE LA APELACIÓN DE SENTENCIAS.** Sin perjuicio de la facultad oficiosa de decretar pruebas, cuando se trate de apelación de sentencia, dentro del término de ejecutoria del auto que admite la apelación, las partes podrán pedir la práctica de pruebas y el juez las decretará únicamente en los siguientes casos:*

1. Cuando las partes las pidan de común acuerdo.

2. Cuando decretadas en primera instancia, se dejaron de practicar sin culpa de la parte que las pidió.

3. Cuando versen sobre hechos ocurridos después de transcurrida la oportunidad para pedir pruebas en primera instancia, pero solamente para demostrarlos o desvirtuarlos.

4. Cuando se trate de documentos que no pudieron aducirse en la primera instancia por fuerza mayor o caso fortuito, o por obra de la parte contraria.

5. Si con ellas se persigue desvirtuar los documentos de que trata el ordinal anterior.

Ejecutoriado el auto que admite la apelación, el juez convocará a la audiencia de sustentación y fallo. Si decreta pruebas, estas se practicarán en la misma audiencia, y a continuación se oirán las alegaciones de las partes y se dictará sentencia de conformidad con la regla general prevista en este código.

El apelante deberá sujetar su alegación a desarrollar los argumentos expuestos ante el juez de primera instancia.".

Powered by CamScanner

De acuerdo con lo anterior, se advierte que la situación de la pasiva se encuentra regulada en el numeral tercero de la norma en mención, ya que se observa que la contestación brindada por la encartada a la Superintendencia Nacional de Salud fue radicada el 11 de agosto de 2017, mientras que el medio probatorio arrimado, tiene fecha del 16 de abril de 2018.

En ese orden de ideas, se procederá con el estudio del medio probatorio allegado por la encartada en su recurso de apelación, para lo cual se advierte, que en efecto la demandada COOMEVA EPS S.A. mediante *NOTA CRÉDITO 19179687*, procedió a cancelar en favor de SAITEMP las incapacidades con números, 9940237, 9982214, 10026616, 10066786, 10109982, 10146174 y 10231014, las que sumas un total de $2.485.489, que fueron canceladas mediante transferencia bancaria por parte del Banco de Occidente a través de la OCCI RED el 16 de abril de 2018, suma que deberá ser descontada del pago ordenado por el aquo, enfatizando que no es posible acoger el dicho de la encartada referente a que el pago se realizó por la suma de $2.854.348 por el concepto reclamado, como quiera que dicho monto no fue acreditado en el plenario y por el contrario la suma que fue demostrada en el litigio, fue a la que se refirió el despacho con anterioridad y que no es otra que $2.485.489, por lo que la Sala de decisión se adentrará en el estudio de las demás incapacidades reclamadas y no pagada por parte de la EPS.

De acuerdo con lo anterior, se debe partir del supuesto contemplado en el parágrafo 1° del artículo 1° del Decreto 2943 de 2013, en el que se dispuso que el pago de los dos primeros días de incapacidad serán cubiertos por parte del empleador cuando sea derivada del origen común, quedando a cargo de las EPS su pago a partir del tercer día.

Powered by CamScanner

No obstante lo anterior, para que la Entidad Promotora de Salud proceda con dicho pago, se debe dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.1.13.4 del Decreto 780 de 2016, que dispone:

> *"Artículo 2.1.13.4 Incapacidad por enfermedad general. Para el reconocimiento y pago de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados cotizantes hubieren efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas.*
> *No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o se encuentran excluidos del plan de beneficios y sus complicaciones.".*

Así las cosas, solo se procederá con el pago de las incapacidades, cuando el afiliado hubiere efectuado aportes por un mínimo de cuatro semanas, aunado, al requisito dispuesto en el artículo 2.1.9.1 del mismo decreto, que establece que el no pago de dos periodos consecutivos a cargo del empleador generan de forma automática la suspensión de la afiliación y la prestación de los servicios en salud, siempre y cuando, la EPS no se hubiere allanado a la mora.

De acuerdo con lo anterior, se evidencia que en efecto la hoy demandante cumplió con el pago respectivo al Sistema Integral de seguridad Social en Salud, tal como se desprende de las planillas de pago visibles a folios 23 a 25 del plenario, del que se puede establecer que en efecto se realizaron el pago de los aportes respectivos, no solo en el mes anterior a la incapacidad, sino también, el pago de los dos meses anteriores a la misma, por cuanto se advierte el pago a favor del señor Osorio González

Powered by CamScanner

por las mensualidades de junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 2016, en adelante, efectuando el pago por los 30 días de cada mensualidad, lo que origina el pago solicitado, advirtiendo, que si bien alguno de ellos pudo tener tardanza en el pago de su periodo, también lo es, que la EPS se allanó a la mora en el momento de recibir el pago del empleador SAITEMP S.A., sin imponer condición u objeción alguna, por lo que se confirmará la decisión de primer grado, advirtiendo, que tampoco le asiste razón a la impugnante en lo referente a la novedad de retiro efectuada para el mes de noviembre de 2016 y que conllevó al no pago de las incapacidades generadas entre el 8 de octubre de 2016 y el 1° de noviembre de la misma anualidad, pues se advierte de las mismas planillas de pago, que si bien se reportó dicha novedad de retiro[4], también lo es, que el empleador efectuó el aporte por los 30 días del mes, indicando que en el día 21 se terminó una relación laboral, pero se renovó de forma inmediata y por ello no solo cotizando por los 9 días que restaban de dicho mes, sino en adelante hasta el mes de abril de 2017, por lo que una vez efectuado el descuento del subsidio de incapacidad al que se hizo mención, se advierte que la encartada le adeuda a la demandante la suma de $1.242.164, por lo que se **MODIFICARÁ** la decisión de primer grado en dicho sentido, al no indicarse por la pasiva en su recurso de apelación, que el cálculo efectuado por el aquo fuera erróneo.

Hasta aquí el estudio del Tribunal. Sin Costas en las instancias.

DECISIÓN:

En razón y mérito de lo expuesto, la SALA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **PRIMERO: MODIFICAR** el **NUMERAL**

[4] Cfr. Fl. 24.

Powered by CamScanner

SEGUNDO de la sentencia apelada, en el sentido que COOMEVA EPS S.A. le adeuda a SAITEMP S.A. la suma de un millón doscientos cuarenta y dos mil ciento sesenta y cuatro pesos ($1.242.164.oo) M/cte, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta decisión.

SEGUNDO: CONFIRMAR la decisión de primera instancia en todo lo demás. Sin costas en el recurso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO

Magistrada

NO FIRMA POR AUSENCIA JUSTIFICADA

LILLY YOLANDA VEGA BLANCO

Magistrada

LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL

Magistrado

Powered by CamScanner

República de Colombia

TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL

SALA LABORAL

Bogotá D.C., treinta y uno (31) de enero de dos mil veintidós (2022)

Magistrada Ponente: **Dra. LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO**

Ref.: Radicación N° 11-001-22-05-000-2021-01325-01. Proceso Sumario de la DIAN contra Aliansalud EPS S.A. (Fallo de Segunda Instancia).

En Bogotá D.C, la Magistrada Ponente en asocio de los Magistrados que conforman la Sala Séptima de Decisión, procede a proferir de plano la siguiente,

SENTENCIA:

La DIAN por intermedio de apoderado judicial convocó a la EPS ALIANSALUD para obtener mediante los trámites propios del proceso verbal sumario, se declare que la actora tiene derecho al reconocimiento de la incapacidades otorgada en favor de su trabajadora y como consecuencia de lo anterior, se condene al pago de la misma en la suma de $141.378, junto con los intereses moratorios consagrados en el artículo 4° del decreto Ley 1281 de 2002. Pretensiones que tienen sustento en los siguientes,

HECHOS:

Powered by CamScanner

Indica el escrito promotor del litigio, que la señora Myriam Leonor Barragán prestó sus servicios a favor de la entidad por el período comprendido entre el 1° de agosto de 1995 y el 18 de octubre de 2016, desempeñando el cargo de Gestor I, Código 301, Grado 01, trabajadora que se encontraba afiliada a la EPS ALIANSALUD; que la funcionaria hizo uso del servicio de salud en el mes de febrero de 2014, momento en el cual le otorgaron licencia por 29 días por el interregno comprendido entre el 2 de febrero y el 2 de marzo; que se realizó solicitud para que se procediera con el pago de las diferencias por pagos en incapacidades, dentro de la que se incluyó la de la funcionaria Barragán por los 29 días, sin que se realizara el pago de la incapacidad.

ACTUACIÓN DE PRIMERA INSTANCIA:

La petición fue admitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante auto del 4 de mayo de 2018[1]. Corrido el traslado en virtud de lo previsto en el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, la accionada dio contestación a las peticiones elevadas, indicando que se debía declarar la prescripción de las incapacidades reclamadas, de conformidad con el artículo 28 de la Ley 1438 de 2011, en el entendido que radicó la incapacidad el 1° de febrero de 2014 y por tanto debería declararse el medio exceptivo. Así mismo, señaló que la accionada ha dado cumplimiento a sus obligaciones legales, en el entendido que si bien se realizó la transcripción de la incapacidad, no se pudo realizar el pago, bajo el supuesto se otorgó por una red no adscrita, por lo que en todo caso se debería denegar el pago peticionado por la DIAN.

[1] Cfr. Fl 29.

Powered by CamScanner

El aquo profirió sentencia el 3 de noviembre de 2020[2], mediante la cual se accedió al pago de la incapacidad reclamada en cuantía de $1.908.532, junto con los intereses moratorios causados a partir del 24 de marzo de 2017 y hasta que se haga efectivo el pago total de la prestación económica reclamada. Lo anterior, por cuanto se acredita por la parte actora el cumplimiento de los tres requisitos indispensables para la concesión de la incapacidad, que no son otros que haber cotizado de forma ininterrumpida en las últimas 4 semanas, haber cotizado 4 de los últimos 6 meses anteriores a la incapacidad y que el pago se hubiere efectuado por el empleador, así como que al acreditarse la falta de pago, se causaban los intereses moratorios establecidos ene l artículo 24 del decreto 4023 de 2011.

Inconforme con la decisión, el apoderado de la demandante interpuso recurso de apelación, el cual le fue concedido.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO:

Afirmó el recurrente que no está de acuerdo con la negativa al pago de intereses de mora, en el entendido que al haberse acreditado la falta de pago de la prestación económica, así como que transcurrieron cuatro meses sin que se realizara el pago, es procedente los respectivos intereses, más aún, cuando se acreditó por el extremo activo, que incluso la DIAN elevó petición para el pago de los mismos, junto con la reclamación de la incapacidad, por lo que se debe revocar en tal sentido. Ahora bien, también se advierte que el aquo erró en su apreciación, en el entendido que no tuvo en cuenta las incapacidades como prórrogas, sino de forma inicial, por lo que resta incluir un pago por la suma de

[2] Cfr. Fls 36/40.

Powered by CamScanner

$141.378, debiéndose revocar parcialmente el fallo proferido, en tales aspectos.

Con base en lo anterior, la activa solicitó la revocatoria parcial de la sentencia impugnada, para que en su lugar se accedan a los intereses reclamados.

CONSIDERACIONES DE ESTA SEGUNDA INSTANCIA

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, por medio del cual se le conceden funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para fallar con carácter definitivo con las facultades propias de un juez, lo mismo que la idea según la cual, el recurso de apelación se hará ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate, esta Corporación en razón de estos presupuestos legales, abordará el estudio de la alzada.

Partiendo del hecho que no fue objeto de controversia el reconocimiento de las incapacidades otorgadas a favor de la señora Myriam Leonor Barragán, así como que su pago fue efectuado en su momento por su empleador DIAN, el problema jurídico a resolver en esta instancia se circunscribe en determinar si es procedente el pago de los dos días que reclama la parte actora fueron descontados en la liquidación efectuada por la aquo, al considerar que era una nueva incapacidad y no tenerla en cuenta como la prórroga que se concedió por el médico tratante. De igual forma, establecer si hay lugar o no al pago de los intereses moratorios, pues en concepto de la activa, los mismos fueron negados sin advertir que se cumplieron los requisitos para su concesión.

Powered by CamScanner

De acuerdo con lo anterior, debe advertirse que el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y paternidad deben ser adelantados por el empleador de forma directa ante las EPS, sin que se pueda trasladar el trámite de dicho reconocimiento al trabajador, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 121 del Decreto 19 de 2012, situación que en efecto ha venido realizando la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), pues fue dicha entidad quien procedió con el reconocimiento y pago de la incapacidad otorgada en favor de su trabajadora Myriam Leonor Barragán, y quien ha venido realizando el trámite de recobro correspondiente ante Aliansalus EPS S.A.

No obstante lo anterior, se hace necesario señalar que la normatividad de forma expresa a regulado los términos en que se debe proceder con el reconocimiento y pago de dichas incapacidades, estableciendo interregnos en los cuales procede su pago al empleador, a la EPS o a la Administradora de pensiones, por lo que debemos traer a estudio lo normado en el artículo 1° del Decreto 2943 de 2013, aplicable al caso bajo estudio, que establecía:

> *"**ARTÍCULO 1.** <Artículo compilado en el artículo 3.2.1.10 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016> Modificar el parágrafo 1o del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, el cual quedará así:*
>
> ***PARÁGRAFO 1o.** En el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día y de conformidad con la normatividad vigente.*

Powered by CamScanner

En el Sistema General de Riesgos Laborales las Administradoras de Riesgos Laborales reconocerán las incapacidades temporales desde el día siguiente de ocurrido el accidente de trabajo o la enfermedad diagnosticada como laboral.

Lo anterior tanto en el sector público como en el privado.".

De la norma encita se puede establecer, que en efecto para el reconocimiento y pago de incapacidades originadas por enfermedad general, los dos primeros días se encontrarán a cargo del empleador y a partir del tercer día, su concesión le corresponde a las Entidades Promotoras de Salud; sin embargo, tal situación no es la discutida al interior del litigio, en el entendido que la DIAN manifiesta su inconformidad frente al fallo proferido, en el entendido que de los 29 días de incapacidad, se realizó un descuento de dos días, sin advertirse que era una prórroga y por tanto debía concederse el pago completo de la prestación.

En ese orden de ideas, se advierte que la parte actora allegó junto con su demanda, copia de la incapacidad emitida por el Dr. Andrés Muñoz Mora, en favor de la señora Myriam Leonor Barragán por el período comprendido entre el 1° de febrero de 2014 y el 2 de marzo de la misma anualidad y en la que se impuso al parecer por un tercero la indicación de *"(29) días prórroga"*, la que fue materializada por la entidad mediante acto administrativo No. 000325 del 27 de enero de 2015 y en la que se dejó plasmado que la misma se otorgó por 29 días, por el período comprendido entre el 2 de febrero y el 2 de marzo de 2014.

De acuerdo con lo anterior, no se evidencia el yerro que pudo haber cometido la falladora de primer grado, en el entendido que la liquidación se realizó por 29 días, comprendidos entre el 2 de febrero y el 2 de marzo

Powered by CamScanner

de 2014 y de los cuales se descontó los dos primeros, generándose un total de 27 días de incapacidad por enfermedad de origen común a cargo de Aliansalud EPS S.A., Entidad Promotora de Salud que al parecer ya dio cumplimiento a la orden impartida en el trámite jurisdiccional, de conformidad con la documental que reposa en el proceso, sin que se advierta la falencia que aduce la parte actora, pues de conformidad con los medios de prueba, así como de los fundamentos fácticos del libelo introductorio, la DIAN siempre solicitó el pago de 29 días de incapacidad, sin mencionar de forma alguna, que la misma se derivaba de una prórroga, sino que se había concedido de forma directa, por lo que se encuentra ajustada la decisión de la aquo y por ello se confirmara frente a tal inconformidad.

Ahora bien, reclama a su vez la demandante, se revoque parcialmente la decisión de primer grado y en su lugar se concedan los intereses moratorios deprecados, sin embargo, se hace necesario señalar que tal pretensión fue otorgada por la falladora de primer grado, en el sentido que ordenó el reconocimiento de los intereses moratorios a partir del 24 de marzo de 2017 y hasta el momento en que se produzca el pago de la prestación, pues excedió el término para dar respuesta de reconocimiento y pago de la incapacidad, sin que se advierta la absolución aducida por la activa, por lo que se confirmará la decisión de primer grado en su integridad.

Hasta aquí el estudio del Tribunal.

DECISIÓN:

En razón y mérito de lo expuesto, la SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL

Powered by CamScanner

DE BOGOTÁ D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **RESUELVE: CONFIRMAR** la decisión de primera instancia, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta decisión. Sin costas en esta instancia. **NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO

Magistrada

LILLY YOLANDA VEGA BLANCO

Magistrada

LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL

Magistrado

Powered by CamScanner