

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL *Dato*  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALA LABORAL.

**MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN**

**PROCESO SUMARIO PROMOVIDO POR LA UNIDAD ADMINISTRATIVA  
ESPECIAL DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN  
CONTRA COMPENSAR E.P.S. (RAD. 00 2022 00020 01).**

En Bogotá D.C., a los veinticinco (25) días del mes de enero de dos mil veintidós  
(2022) estando la Sala de Decisión reunida, se procede a dictar de plano la  
siguiente,

**SENTENCIA**

Asume la Sala el conocimiento del presente proceso, con ocasión del recurso de  
apelación interpuesto por el apoderado de la demandada COMPENSAR E.P.S  
contra la sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, el pasado  
2 de febrero de 2021 (folios 31 a 35), en la que se resolvió:

**“PRIMERO: RECONOCER** personería para actuar dentro del presente proceso  
a la abogada *MAYERLY ZORAIDA CARDENAS BRAVO*, identificada con cédula  
de ciudadanía No. 53.073.329 de Bogotá, portadora de la tarjeta profesional No.  
288.140 del Consejo Superior de la Judicatura en calidad de apoderada de  
COMPENSAR E.P.S.

**SEGUNDO: ACCEDER** a las pretensiones de la demanda presentada por el  
apoderado de la UAE- DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES  
– DIAN en contra de COMPENSAR EPS, de conformidad con lo expuesto en la  
parte motiva de la presente providencia.

**TERCERO: ORDENAR** a COMPENSAR EPS, pagar la suma de DOSCIENTOS  
CUATRO MIL SETESCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS (M/CTE) (\$204.798)  
a la UAE – DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES – DIAN  
con las correspondientes actualizaciones monetarias, la cual deberá realizarse  
dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia.

**CUARTO: NEGAR** la pretensión de interese moratorio (sic) por las razones  
expuestas anteriormente.

**QUINTO: ADVERTIR** que la presente Sentencia puede ser impugnada para que  
de ella conozca, en segunda instancia, el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO  
JUDICIAL – SALA LABORAL – CORRESPONDIENTE AL DOMICILIO DEL

*APELANTE; impugnación que deberá interponerse ante este Despacho, dentro de los (3) días siguientes a su notificación, de conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 modificado por el parágrafo primero del artículo 6 de la Ley 1949 de 2019.*

**SEXTO: NOTIFICAR** la presente sentencia enviando copia de la misma al apoderado especial de la entidad DEMANDANTE al correo electrónico [notificacionesjudicialesdian@dian.gov.co](mailto:notificacionesjudicialesdian@dian.gov.co), y a la demandada en la dirección registrada ante la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

**PARÁGRAFO:** Cuando la notificación de esta providencia no pueda realizarse al demandante, por correo electrónico o por correo certificado, por razones no imputables a este despacho, la providencia judicial se publicará en la página web de la entidad.”

Inconforme con la decisión el apoderado de COMPENSAR E.P.S la apeló insistiendo en la imposibilidad de efectuar el pago de la incapacidad por haber sido expedida la misma, por un galeno no adscrito a su red de prestadores, pues no existe normatividad que de manera expresa así lo determine.

En ese sentido, señala, no es posible suministrar prestaciones asistenciales o económicas que no hacen parte de la red de la EPS a no ser que medie negativa de la EPS de prestar de manera oportuna e integral las atenciones que requiere el usuario, lo que no ha acaecido en el asunto, pues no hay prueba en el expediente que de cuenta de ello.

Asimismo, sostiene, con el fallo se desconoció la libertad y autonomía que tienen las EPS para transcribir las incapacidades que no hacen parte de su red de servicios. Sobre ello, memora, las entidades administradoras de planes de beneficios -EAPB gozan de libertad para contratar con una red determinada la prestación de los servicios de salud a su población afiliada, anotando frente al particular, que la libertad de escogencia de IPS de los usuarios, está limitado en principio, dentro de aquellas pertenecientes a la red de servicios adscrita a la EPS a la cual está afiliado, tal como lo señaló la Corte Constitucional en sentencia T-745 de 2013 (CD folio 40 A, archivo “202182350674892\_00001.pdf”).

Como quiera que no se observa causal de nulidad que invalide lo actuado, se procede a resolver lo pertinente, previas las siguientes,

## CONSIDERACIONES

Sea lo primero señalar, que la Sala Laboral de esta Corporación tiene competencia para dirimir el fondo del presente asunto, en virtud de las funciones jurisdiccionales otorgadas a la Superintendencia Nacional de Salud en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificada por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, en concordancia con el artículo 116 de la Constitución Política<sup>1</sup>.

Así pues, constituyó el de la demandante se ordene a COMPENSAR E.P.S. reconocer y pagar la incapacidad general de cinco días, esto es, del 17 al 21 de enero de 2014, por la suma de \$294.133, más los intereses moratorios generados desde la fecha del pago de la incapacidad y hasta que efectivamente se realice el desembolso, a la tasa establecida en el artículo 4 del Decreto 1281 de 2002 (folio 2).

Como sustentó fáctico de la anterior petición, se invocan los siguientes hechos (folios 1 y vto.):

- Indica, el servidor público OMAR LEONEL GÓMEZ PÁEZ, presta sus servicios en la UAE DIAN desde el 2 de febrero de 1993, desempeñando el cargo de analista V Código 205 Grado 05 ubicado en la División Gestión Administrativa y Financiera – Aduanas Pasto.
- Sostiene, el mencionado servidor se encontraba afiliado a COMPENSAR para el mes de enero de 2014, fecha en la que el funcionario utilizó los servicios de esa entidad, generándose una incapacidad de cinco días comprendidos entre el 17 y el 21 de enero de 2014.
- Advierte, mediante Resolución 1403 del 26 de mayo de 2015, la Entidad reconoció la licencia por enfermedad al funcionario (a) OMAR LEONEL GÓMEZ PÁEZ, la cual se canceló en la nómina de julio de 2015.

<sup>1</sup> Sobre el tema, la Corte Constitucional al declarar la exequibilidad del citado artículo 41 por los cargos allí estudiados, en sentencia C-119 de 2008, con ponencia del Dr. MARCO GERARDO MONROY CABRA, concluyó que “...las decisiones judiciales de la Superintendencia Nacional de Salud serán apelables ante las Salas Laborales de los Tribunales Superiores de Distrito Judicial, como superiores jerárquicos de los jueces que fueron desplazados por la referida entidad administrativa de su función de decidir en primera instancia”.

- Alega, la EPS COMPENSAR no ha le ha cancelado la mentada incapacidad, por la cual le adeuda la suma de \$294.133.

La demanda se admitió mediante proveído del 31 de agosto de 2018 (folio 11) oportunidad en la que, además, se dispuso correr traslado a la demandada y se requirió a la demandante con el fin de que incorporara certificación que comprendiera el salario mensual básico devengado por el funcionario OMAR LEONEL GÓMEZ PÁEZ, al momento de la expedición de la incapacidad médica.

Surtido el trámite procesal correspondiente, la convocada a juicio contestó el libelo manifestando la imposibilidad de reconocer y pagar la incapacidad pretendida por haber sido esta expedida por un médico no adscrito a su red y en atención particular no autorizada por esa EPS. (folios 16 a 19).

De tal manera, conforme a los supuestos fácticos señalados y el acervo probatorio recaudado, la Juzgadora inicial mediante providencia del 2 de febrero de 2021 (folios 31 a 35) accedió parcialmente a las pretensiones presentada por la activa, por lo cual condenó la demandada a pagar a la parte la suma de \$204.798 y negó el pago de intereses moratorios.

Para arribar a tal conclusión la Superintendencia consideró que el acto de transcripción involucra la reproducción literal de lo descrito en la orden médica inicial sin que la EPS pueda objetarlo contrariando el criterio del médico tratante, salvo que se trate de una incapacidad originada en un procedimiento estético y, aunque la transcripción hace parte del trámite para el reconocimiento económico de las incapacidades expedidas por médicos no adscritos a la red de prestadores de servicios de salud de las EPS, no era de recibo la excepción propuesta por la demandada porque *"dentro del sustento normativo descrito anteriormente, está subsumida la atención a la misma"*.

Contra la anterior decisión la pasiva interpuso recurso de apelación, el cual le fue concedido por auto del 15 de junio de 2021 (folio 40).

En este orden, en virtud del principio de consonancia, procede la Sala a resolver el objeto de la impugnación, en los puntos concretos objeto de censura, pues

recuérdese que es el apelante quien delimita el ámbito sobre el cual ha de recaer la decisión de segunda instancia (tantum devolutum quantum appellatum).

Así las cosas, en primer lugar, es del caso señalar, no es objeto de controversia en esta instancia los siguientes supuestos fácticos determinados por el *a quo*, frente a los cuales no se formuló reparo alguno en la alzada:

- i) Que el señor OMAR LIONEL GOMEZ PAÉZ, está vinculado mediante relación legal y reglamentaria con la entidad demandante dentro del presente trámite (folio 7), quien se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en salud del régimen contributivo a través de COMPENSAR E.P.S. (folio 20).
- ii) Que el médico LUIS EVERTH GIRÓN PRADA de CAFAM, institución no adscrita a la red de prestadores de la EPS demandada, expidió a favor del mentado servidor una incapacidad general por 5 días, comprendidos entre el 17 y el 21 de enero de 2014.
- iii) Que la entidad demandante reconoció y pagó a OMAR LIONEL GOMEZ PAÉZ, la antedicha incapacidad. (folios 6 y 8).

Estas situaciones, además de ser establecidas por la juez de primer grado en estos términos, se constatan de la documental que fuera incorporada a las diligencias.

Así pues, atendiendo la apelación formulada, corresponde a la Sala determinar si la EPS COMPENSAR se encuentra obligada a reembolsar a la UAE DIAN el pago de la incapacidad que emitiera un médico particular al señor OMAR LIONEL GOMEZ PAÉZ.

Advierte COMPENSAR en su impugnación que, en contraposición a lo concluido por la Superintendencia, no es posible suministrar prestaciones asistenciales o económicas que no hacen parte de la red de la EPS, "*a no ser que medie negativa de la EPS de prestar de manera oportuna e integral las atenciones que requiere el usuario*", lo cual no ha ocurrido en el caso de marras; además, porque con ello

se desconoce la libertad y autonomía de esa sociedad de transcribir incapacidades.

Frente al tema de las incapacidades, debe esta Sala recordar, éstas se realizan en los términos y condiciones que establecen las EPS y se basan en el criterio del médico que atiende a cada uno de los afiliados, los cuales se encargan de evaluar la pertinencia y el tiempo necesario para que el paciente se recupere y restablezca su salud.

Así, las incapacidades deben ser expedidas por los médicos que se encuentran adscritos o pertenecen a las EPS, en tanto éstas son quienes las pagan; no obstante, también pueden ser otorgadas por otros galenos, pero en este caso las EPS sí pueden valorar la pertinencia de las mismas.

Al tema, resulta oportuno traer a colación el pronunciamiento realizado por el Ministerio de Salud en concepto emitido bajo el Radicado No. 201511600608621 del 13 de abril de 2015 en el cual ilustró:

*“(...) debe señalarse que la regla general en el - SGSSS-, es que la incapacidad sea reconocida por la EPS, una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma. **En el evento de que la incapacidad sea concedida por un profesional de la salud ajeno a la EPS, ésta deberá ser transcrita.***

**Hecha la aclaración anterior, debe indicarse que no existe una norma que regule de forma expresa lo que constituye la transcripción de incapacidades, sin embargo, por ésta siempre se ha entendido aquél trámite en virtud del cual la EPS traslada al formato oficial de la entidad el certificado expedido por el médico u odontólogo en ejercicio legal de su profesión, pero no autorizado por la EPS para hacerlo.**

*Lo anterior, quiere decir que no se encuentra dispuesto en norma alguna que una EPS esté obligada o no a reconocer la prestación económica derivada de una incapacidad cuando el afiliado es atendido por fuera de su red de servicios, toda vez que la Entidad Promotora de Salud es autónoma en establecer si la transcribe o no y las condiciones en que lo hará, teniendo en cuenta las circunstancias especiales en que la incapacidad sea expedida por el profesional médico u odontólogo.*

*En ese caso, si la EPS decide transcribir la incapacidad emitida por una institución ajena a su red de prestadores de servicios, deberá reconocerla, en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo 21 del Decreto 1804 de 1997 y el numeral artículo 3 del Decreto 047 de 2009, modificado por el artículo 9 del Decreto 783 del mismo año (...)” (Subrayas y negrillas de la Sala)*

Tal posición fue reiterada por esa Cartera Ministerial en el concepto 19541 expedido el 26 de octubre de 2016, en el cual además de recordar que no existe

normatividad que obligue a las EPS a realizar la transcripción de incapacidades, precisó

“(…)

*Sin embargo, dentro de la normativa reglamentaria del SGSSS, no existe ninguna disposición que regule el tema de transcripción de incapacidades, lo que trae como consecuencia que ésta se realice bajo los parámetros establecidos por las EPS, según los términos, condiciones, oportunidades y mecanismos que determinen su aceptación.*

*En tal sentido y frente a su solicitud de: “estudiar el caso así como tomar medidas correspondientes...”, debe indicarse, que tampoco se ha expedido una norma que expresamente obligue a las EPS a transcribir las incapacidades, razón por la cual, esta Cartera no puede adoptar medidas tendientes a exigirles el cumplimiento de dicho trámite. No está por demás resaltar, que algunas EPS no sujetan a trámite de transcripción las incapacidades que emiten cuando las mismas manejan simultáneamente Medicina Prepagada, Planes Complementarios, etc.”*

Igualmente, a ello se refirió el Ministerio en el Concepto 201911600580621 del 15 de mayo de 2019, en la que, con apoyo en la sentencia T-404 de 2010 proferida por la Corte Constitucional, anotó:

“(…)

*Al punto, debe advertirse que no existe una norma que regule de forma expresa la manera en que debe proceder el empleador, cuando las EPS no se encuentren obligadas a asumir el pago de las prestaciones económicas, como lo es en este caso la incapacidad por enfermedad general, sin embargo, vale la pena traer en cita el criterio jurisprudencial que sobre el particular ha establecido la Corte Constitucional en la Sentencia T - 404 de 2010, cuyos apartes se transcriben, así:*

“(…)

*13. Al empleador le corresponde correr con las prestaciones económicas derivadas de la incapacidad laboral en que incurra su trabajador, cuando el accidente o la enfermedad que la ocasionan sea de origen común y no se trate de un caso en que la EPS esté obligada a pagarlas. De modo que su responsabilidad, a este respecto, es excepcional. Esto se deduce del artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, que señala: “[e]n caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho a que el empleador le pague un auxilio monetario hasta por ciento ochenta (180) días, así: las dos terceras (2/3) partes del salario durante los primeros noventa días y la mitad del salario por el tiempo restante”. De acuerdo con la sentencia C-065 de 2005, esta norma no perdió vigencia con la expedición del artículo 206 de la Ley 100 de 1993, pues en éste último se previó que las EPS están obligadas a reconocer las incapacidades por enfermedad general de los afiliados a que se refiere el artículo 157 literal a) del mismo estatuto, “de conformidad con las disposiciones legales vigentes”. En sentir de la Corte, la formulación lingüística “de conformidad con las disposiciones legales vigentes”, remite al artículo 227 del CST, todavía vigente y aplicable en toda su integridad en algunas hipótesis. Por ejemplo, es aplicable en casos en los cuales la enfermedad es de origen común, pero el trabajador no tiene el número mínimo de semanas cotizadas en la forma en que lo exige el artículo 3º, numeral 1º del Decreto 47 de*

2000 (sic). También lo es, cuando la enfermedad o el accidente son de origen común, pero el empleador incurrió en mora en el pago de las cotizaciones sin que la EPS se hubiera allanado a ella. Es aplicable, así mismo, en las hipótesis en las cuales el empleador no suministra las pertinentes informaciones acerca de la incapacidad concreta del trabajador. (...)” (Resaltado fuera de texto).

(...)”

Bajo tales consideraciones, concuerda la Sala con los razonamientos esgrimidos por la EPS en tanto, para que procediera el recobro de la incapacidad generada a nombre de OMAR LEONEL GÓMEZ PAÉZ, por haber sido esta expedida por un galeno no adscrito a la entidad del sistema general de seguridad social en salud a la que se encontraba afiliado y dada la ausencia de regulación legal frente a la materia, debió solicitarse previamente su transcripción a la EPS demandada conforme los lineamientos y criterios que esta tenga determinados para tal fin, y al no haberse hecho ello así, aunque la incapacidad fue emitida por un profesional de la salud, no es posible, como lo consideró la *a quo*, ordenar su recobro a la EPS pues conforme se explicó no está obligada a transcribirla.

Por lo anterior, se revocará la providencia apelada, en tanto dispuso el pago de \$204.798 por la incapacidad cancelada a al servidor OMAR LEONEL GÓMEZ PAÉZ, para excluir dicho monto de la condena ordenada.

Agotada la competencia de esta Sala por el estudio de los motivos de impugnación y habiéndose arribado a distintas conclusiones a las expuestas por la falladora de primer grado, lo que se sigue es la revocatoria de la sentencia apelada.

**SIN COSTAS** en esta instancia.

En mérito de los expuesto el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C. - Sala Laboral, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

### RESUELVE

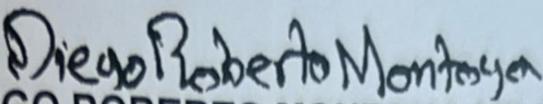
**PRIMERO: REVOCAR** la sentencia proferida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD y, en su lugar, **ABSOLVER** a la demandada COMPENSAR

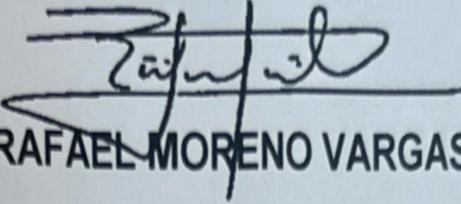
Exp. No. 00 2022 00020 01 UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL - DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y  
ADUANAS NACIONALES - DIAN CONTRA COMPENSAR E.P.S.

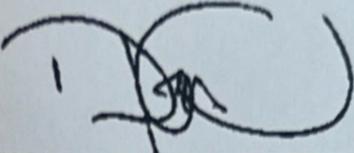
E.P.S. de las pretensiones incoadas en su contra por la UAE DIAN, de conformidad  
con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO: SIN COSTAS** en esta instancia.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE.

  
DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN

  
RAFAEL MORENO VARGAS

  
DIEGO FERNANDO GUERRERO OSEJO

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

**MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN**

**PROCESO SUMARIO PROMOVIDO POR TEMPORALES PLUS CONTRA SALUD TOTAL E.P.S (RAD. 00 2022 00054 01).**

En Bogotá D.C., a los veinticinco (25) días del mes de enero de dos mil veintidós (2022) estando la Sala de Decisión reunida se procede a dictar de plano la siguiente,

### **SENTENCIA**

Asume la Sala el conocimiento del presente proceso, con ocasión del recurso de apelación interpuesto por la sociedad demandante como por E.P.S. convocada, contra la sentencia proferida por la Superintendencia de Salud, el pasado 28 de mayo de 2021 (folios 37 a 41), en la que se resolvió:

**“PRIMERO: RECONOCER** personería jurídica a la doctora ALEJANDRA MEDINA LOZANO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.018.469.996, portadora de la tarjeta profesional No. 305.854 del Consejo Superior de la Judicatura, como apoderada de SALUD TOTAL EPS S.A.

**SEGUNDO: ACEPTAR** la renuncia presentada por la abogada ALEJANDRA MEDINA LOZANO, al poder otorgado por la EPS SALUD TOTAL S.A. de conformidad con el escrito presentado bajo el NURC 202082305182342 de fecha 23 de octubre de 2020.

**TERCERO: ACEPTAR** la sustitución de poder allegada por el apoderado judicial de la parte DEMANDANTE mediante radicado Nurc 1-2019-44414 de fecha 21 de enero de 2019 y, en consecuencia, RECONOCER personería para actuar dentro del presente proceso al doctor ANDRES FELIPE TORRADO ALVAREZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.791.758 y tarjeta profesional No. 119.957 del Consejo Superior de la Judicatura, como apoderado de TEMPORALES PLUS S.A.

**CUARTO: ACCEDER PARCIALMENTE** a las pretensiones de la demanda instaurada por la sociedad TEMPORALES PLUS S.A., en contra de la demandada SALUD TOTAL EPS S.A., de conformidad con lo expuesto en la parte motiva del presente proveído.

**QUINTO: ORDENAR** a SALUD TOTAL EPS, pagar a favor de la sociedad TEMPORALES PLUS S.A., la suma de SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS MCTE (\$689.455) con las

actualizaciones monetarias correspondientes, dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia.

**SEXTO: NEGAR** la pretensión de intereses moratorios por la razones expuestas en la parte motiva .

**SÉPTIMO: ORDENAR** a SALUD TOTAL EPS, el pago de la suma de TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS MCTE (\$34.473) a la sociedad TEMPORALES PLUS S.A., dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia.

**OCTAVO: ADVERTIR** que la presente sentencia puede ser impugnada para que de ella conozca, en segunda instancia, el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL - SALA LABORAL - CORRESPONDIENTE AL DOMICILIO DEL APELANTE; impugnación que deberá interponerse ante este Despacho, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación de la Sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 modificado por el párrafo primero del artículo 6 de la Ley 1949 de 2019.

**NOVENO: NOTIFICAR** la presente sentencia enviando copia de esta al DEMANDANTE al correo electrónico [ftorrado@estudiolegal.com.co](mailto:ftorrado@estudiolegal.com.co), [jreinosa@estudiolegal.com.co](mailto:jreinosa@estudiolegal.com.co), [dquiñones@estudiolegal.com.co](mailto:dquiñones@estudiolegal.com.co), y a la EPS DEMANDADA en la dirección registrada ante la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.”

Inconforme con la decisión, el apoderado de la E.P.S. Salud Total la apeló, solicitando se revoque en su totalidad y en su lugar se absuelva a su representada de todas las pretensiones.

Como sustento de su solicitud refiere, no son de recibo las consideraciones de la Superintendencia Nacional de Salud en la sentencia recurrida, porque no presenta criterios objetivos para su decisión; que fundamenta en la normativa que estructura el SGSSS y la forma de destinar los rubros para el funcionamiento del sistema y en uno de los criterios reglados en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 1333 de 2018, para concluir la obligación de las EPS para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas con motivo de incapacidades superiores a 540 días.

Indica, en la sentencia apelada, no se hizo referencia a ningún elemento probatorio que obre dentro del proceso y tampoco hizo uso de apoyo profesional médico adscrito a esa dependencia que le permitieran fundamentar su decisión y concluir objetivamente que “...la señora CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA ha seguido con los protocolos y guías de atención y las recomendaciones del médico tratante, ha estad en continua revisión médica, sin embargo, no obtuvo la recuperación de su enfermedad, muestra de ello, es la continuidad en la expedición de las incapacidades médicas deprecadas.”

De otro lado, recuerda que de conformidad con el artículo 206 de la Ley 100 de 1993, artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo y artículo 23 del Decreto 2461 de 2001, el trabajador incapacitado tiene derecho a que su EPS le reconozca y pague las incapacidades laborales por enfermedad de origen común hasta el día 180, como en efecto lo hizo la EPS SALUD TOTAL.

Añade, a partir del día 181 el pago de esa prestación está a cargo de la AFP a la que se encuentre afiliada la trabajadora, hasta que se dictamine su pérdida de capacidad laboral y se determine su derecho al reconocimiento de una pensión de invalidez; en caso que se continúen generando incapacidades, la AFP deberá continuar con su pago hasta tanto el médico tratante emita un concepto favorable de recuperación o se efectúe una nueva calificación de invalidez.

Estima, la EPS no está obligada reconocer y pagar las prestaciones económicas que no exprese concretamente la ley, pues aunque la Ley 1573 de 2015 y la jurisprudencia señalan que son las EPS las llamadas a pagar las incapacidades de origen común superiores a 540 días, para ello se creó la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), entidad que reconoce y liquida a las EPS a partir del proceso de compensación de octubre de 2017, fecha en que se asignó el recurso adicional para el pago de incapacidades superiores a 540 días. Por ello SALUD TOTAL EPS no puede pagar las incapacidades reclamadas que son desde marzo a diciembre de 2016.

Finalmente consideró, de reconocer los montos pretendidos, SALUD TOTAL EPS estaría incurriendo en un destinación indebida de recursos públicos, como quiera que no cumplen con los supuestos normativos vigentes.

A su turno, el apoderado de TEMPORALES PLUS S.A. interpuso recurso de apelación, señalando, para adoptar su decisión, el a quo analizó los desprendibles de pago aportados con la demanda y concluyó que el empleador no demostró el pago de todas las incapacidades pretendidas en la demanda. Sin embargo, no tuvo en cuenta la certificación expedida por la revisora fiscal y el representante legal de la sociedad, que dan cuenta del pago de todas las incapacidades a la trabajadora. En consecuencia, solicita se revoque la decisión de primer grado y en su lugar se acceda al reconocimiento y pago de todas las incapacidades reclamadas junto con los intereses moratorios y las agencias en derecho.

Como quiera que no se observa causal de nulidad que invalide lo actuado, se procede a resolver lo pertinente, previas las siguientes,

### CONSIDERACIONES

Sea lo primero señalar, la Sala Laboral de esta Corporación tiene competencia para dirimir el fondo del presente asunto, en virtud de las funciones jurisdiccionales otorgadas a la Superintendencia Nacional de Salud en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificada por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, en concordancia con el artículo 116 de la Constitución Política<sup>1</sup>.

Constituyeron los anhelos de la sociedad TEMPORALES PLUS S.A. : i) se ordene a la EPS SALUD TOTAL al reconocimiento y pago a su favor de las siguientes incapacidades, toda vez que realizó su pago al trabajador, ii) se le condene al pago de intereses moratorios y iii) las costas del proceso.

TRABAJADOR	INICIO INCAPACIDAD	FIN INCAPACIDAD
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	30/03/2016	28/04/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	29/04/2016	28/05/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	29/05/2016	27/06/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	19/07/2016	28/07/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	29/07/2016	7/08/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	11/08/2016	20/08/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	22/08/2016	31/08/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	1/09/2016	10/09/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	11/09/2016	20/09/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	21/09/2016	22/09/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	23/09/2016	2/10/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	3/10/2016	12/10/2016
CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	12/12/2016	21/12/2016

Como sustento de sus peticiones, refirió (fls 1 y 2): La señora Claudia Ximena Bocanegra y TEMPORALES PLUS S.A. celebraron un contrato de trabajo por obra o labor, con fecha de inicio 1° de enero de 2013; el médico tratante autorizó a favor de la trabajadora las ya referidas incapacidades; la sociedad empleadora reconoció

<sup>1</sup> Sobre el tema, la Corte Constitucional al declarar la exequibilidad del citado artículo 41 por los cargos allí estudiados, en sentencia C-119 de 2008, con ponencia del Dr. MARCO GERARDO MONROY CABRA, concluyó que "...las decisiones judiciales de la Superintendencia Nacional de Salud serán apelables ante las Salas Laborales de los Tribunales Superiores de Distrito Judicial, como superiores jerárquicos de los jueces que fueron desplazados por la referida entidad administrativa de su función de decidir en primera instancia".

y pagó a su trabajadora las prestaciones económicas derivadas de dichas incapacidades; elevó petición de pago de las mismas a SALUD TOTAL EPS, pero no dio respuesta.

La demanda se admitió mediante proveído del 20 de septiembre de 2018 (folio 11) oportunidad en la que, se dispuso correr traslado a la demandada y se requirió a la sociedad demandante para que aporte copia de las incapacidades médicas cuyo pago solicita; de las planillas de pago de aportes y del contrato de trabajo suscrito con la trabajadora.

Surtido el trámite procesal correspondiente, la convocada contestó el libelo con oposición a las pretensiones, indicando, SALUD TOTAL EPS tiene la obligación de pagar incapacidades hasta el día 180, como en efecto lo hizo en el caso de la trabajadora Claudia Ximena Bocanegra y tiene el deber legal de proteger los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud.

De tal manera, conforme los supuestos facticos señalados, y el acervo probatorio recaudado, la Juzgadora inicial mediante providencia del 28 de mayo de 2021 (folios 37 a 41) accedió parcialmente a las pretensiones presentadas por la sociedad demandante tras considerar que, si bien es cierto las incapacidades superiores al día 540 están a cargo de la EPS y la demandante estaba legitimada para obtener el reembolso a partir de la revisión de los comprobantes de nómina aportados, solo demostró el pago de \$689.455,00, correspondientes a 15 días de marzo y 15 días de junio de 2016.

El recurso de apelación interpuesto por la sociedad demandante como por la EPS convocada, fue concedido mediante auto del 30 de septiembre de 2021 (folio 47).

En este orden, en virtud del principio de consonancia, procede la Sala a resolver el objeto de la impugnación, en los puntos concretos objeto de censura, pues recuérdese que es el apelante quien delimita el ámbito sobre el cual ha de recaer la decisión de segunda instancia (tantum devolutum quantum appellatum).

Así las cosas, en primer lugar, es del caso señalar, no es objeto de controversia en esta instancia que CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA fue vinculada mediante contrato de trabajo por obra o labor a TEMPORALES PLUS S.A. el 1° de enero de

2013; que fue vinculada al sistema de seguridad social en salud en calidad de trabajadora dependiente a la E.P.S. SALUD TOTAL, entidad que le expidió 13 incapacidades entre el 30 de marzo de 2016 y el 21 de diciembre de la misma anualidad, las cuales son posteriores al día 540, situaciones que además de ser establecidas por la juez de primer grado en estos términos, se constatan de la documental que fuera incorporada a las diligencias (folios 35 a 40, CD folio 63).

Bajo tal entendido, el primer problema jurídico que debe resolver la Sala consiste en determinar la responsabilidad de la EPS SALUD TOTAL en el pago de los mentados subsidios por incapacidad.

Al efecto, es necesario determinar, quien es responsable del pago por incapacidades generadas con posterioridad al día 540, interrogante que resuelve el artículo 67 inciso segundo, literal A de la ley 1753 de 2015, así.

*“Estos recursos (los que administra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES) se destinarán a:*

*a) El reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos. El Gobierno Nacional reglamentará,** entre otras cosas, el procedimiento de revisión periódica de la incapacidad por parte de las EPS, el momento de calificación definitiva, y las situaciones de abuso del derecho que generen la suspensión del pago de esas incapacidades”.*

La norma anterior, evidencia que el pago de las incapacidades generadas con posterioridad a los 540 días continuos debe ser asumido por la EPS, que a su vez podrá reclamar ante la ADRES el reembolso de los pagos realizados por tales conceptos. Así lo expuso la Corte Constitucional en sentencia T-144 de 2016:

*“Teniendo presente esta nueva normativa, es claro que en todos los casos futuros; esto es, los suscitados a partir de la vigencia de la Ley –9 de junio de 2015–, el juez constitucional, las entidades que integran el Sistema de Seguridad Social y los empleadores deberá acatar lo normado. Como se puede observar en la norma transcrita, **el Legislador atribuyó la responsabilidad en el pago de las incapacidades superiores a los 540 días a las EPS, quienes podrán perseguir el reconocimiento y pago de las sumas canceladas por dicho concepto, ante la entidad administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud, según lo prescrito en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015.**”.*

Más adelante, en la sentencia T-401 de 2017, la Corte Constitucional, en cuanto a las incapacidades laborales posteriores a 540 días señaló:

*“34. En consonancia con el cambio normativo que se produjo con la introducción de la Ley 1753 de 2015 en el ordenamiento jurídico, las Salas de Revisión de esta Corporación han obedecido este mandato legal y han aplicado la disposición que, con claridad, asigna a las EPS la responsabilidad en el reconocimiento y pago de las incapacidades que se prolongan más allá de los 540 días.*

*35. De este modo, en la sentencia T-144 de 2016<sup>2</sup>, la Sala Quinta de Revisión estudió el caso de una ciudadana que sufrió un grave accidente de tránsito, el cual ocasionó que fuera incapacitada por más de 540 días. Sin embargo, se dictaminó que la tutelante tenía un porcentaje de pérdida de capacidad laboral inferior al 50%, por lo cual no cumplía con los requisitos para acceder a la pensión de invalidez, pese a que continuaba en incapacidad médica.*

*En este caso, la Corte concluyó que la obligación de reconocer y pagar las incapacidades posteriores al día 540 estaba a cargo de las EPS, en virtud de la Ley 1753 de 2015. En tal sentido, estableció tres reglas para la aplicación de este mandato que, en términos generales, son las siguientes: (i) existe la necesidad de garantizar una protección laboral reforzada a los trabajadores que han visto menoscabada su capacidad laboral y tienen incapacidades prolongadas pero su porcentaje de disminución ocupacional no supera el 50%; (ii) el deber legal impuesto a las EPS respecto de las incapacidades posteriores al día 540 es obligatorio para todas las autoridades y entidades del SGSSS. Sin embargo, cabe anotar que las entidades promotoras pueden perseguir lo pagado ante la entidad administradora del Sistema; y (iii) la referida norma legal puede aplicarse de manera retroactiva, en virtud del principio de igualdad<sup>3</sup>.*

*36. Posteriormente, mediante la sentencia T-200 de 2017<sup>4</sup>, la Sala Novena de Revisión se pronunció en relación con dos procesos de tutela acumulados y amparó los derechos de cada uno de los accionantes. En ambos casos, se habían prescrito incapacidades ininterrumpidas que sumaban más de 540 días sin que los actores pudieran acceder a una pensión de invalidez, pues en el primer caso el porcentaje de pérdida de capacidad laboral era inferior al 50% y en el segundo el actor ni siquiera había sido calificado<sup>5</sup>.*

*En el citado fallo, la Corte Constitucional entendió que “la regla actual de incapacidades que superan 540 días para personas que no han tenido una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, es que deben asumirlas las EPS”<sup>6</sup>. De este modo, consideró que mediante la Ley 1753 de 2015 se superó*

<sup>2</sup> Sentencia T-144 de 2016. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

<sup>3</sup> Sentencia T-144 de 2016. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado. Cabe anotar que la identificación de las tres reglas establecidas por la citada providencia fue llevada a cabo por la sentencia T-200 de 2017 (M.P. José Antonio Cepeda Amarís).

<sup>4</sup> Sentencia T-200 de 2017. M.P. José Antonio Cepeda Amarís.

<sup>5</sup> Sentencia T-200 de 2017. M.P. José Antonio Cepeda Amarís.

<sup>6</sup> Sentencia T-200 de 2017. M.P. José Antonio Cepeda Amarís.

*el déficit de protección que había sido evidenciado por la jurisprudencia constitucional anterior a su vigencia<sup>7</sup>.*"

En ese orden, es claro, el pago de incapacidades médicas laborales por enfermedad de origen común está a cargo del empleador los dos primeros días y de la EPS entre los días 3 y 180. A partir del día 181 y hasta el día 540, dichos pagos están a cargo de la Administradora de Pensiones y nuevamente, a partir del día 541, dichos costos vuelven a corresponder a la EPS, sobre los cuales podrá solicitar el respectivo reembolso ante la ADRES conforme las previsiones legales a que se ha hecho referencia, con independencia de la fecha en la que se hayan generado las incapacidades.

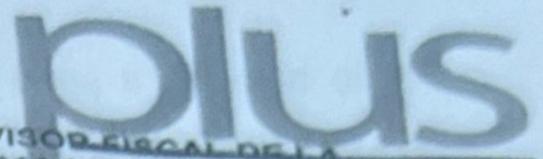
En otro giro, se dolió el apoderado de la EPS SALUD TOTAL, que la juez de primer grado hubiera concluido que la señora Claudia Ximena Bocanegra *"ha seguido los protocolos y guías de atención y las recomendaciones del médico tratante ha estado en continua revisión médica; sin embargo, no obtuvo la recuperación de su enfermedad"*, señalando que para arribar a dicha conclusión no se soportó en ningún medio de prueba.

En este sentido, advierte la Sala, la juez estimó que ello era así teniendo en cuenta la continuidad de las incapacidades médicas, conclusión que no resulta descabellada, en el entendido que para obtener cada una de las incapacidades médicas, la trabajadora debió ser auscultada por su médico tratante, quien por no encontrar mejoría a sus dolencias, volvía a otorgarle una nueva incapacidad laboral. Todo lo anterior, deviene en el no acogimiento de los argumentos de apelación presentados por el apoderado de la EPS SALUD TOTAL.

De otro lado, procede la Sala a analizar los puntos de apelación presentados por el apoderado de la parte demandante, quien considera, la juzgadora de primer grado acogió parcialmente las pretensiones de la demanda, por no haber dado ninguna valoración probatoria a la certificación expedida conjuntamente por la representante legal y la revisora fiscal de la sociedad TEMPORALES PLUS S.A., mediante la que hicieron constar el pago de todas las incapacidades a la cuenta de la trabajadora, certificación obrante a folio 3 del cartular, que textualmente señala:

---

<sup>7</sup> Sentencia T-200 de 2017. M.P. José Antonio Cepeda Amarís.



LOS SUSCRITOS REPRESENTANTE LEGAL Y REVISOR FISCAL DE LA  
 SOCIEDAD TEMPORALES PLUS S.A. NIT: 900.303.953-1 • NIT. 900.303.953-1

**CERTIFICAN:**

Que las personas relacionadas en el cuadro siguiente estuvieron vinculadas por medio de contrato de trabajo bajo la modalidad de obra o labor.

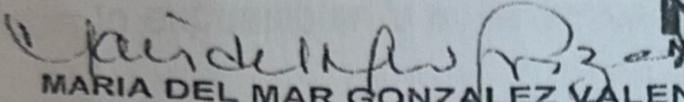
Durante el tiempo de su vinculación los trabajadores presentaron incapacidades tal y como consta en el respectivo cuadro de valores que se adjunta a esta certificación.

Que los pagos realizados a favor de los trabajadores por concepto de nómina, prestaciones sociales y demás acreencias laborales a su favor producto de la relación laboral fueron transferidos a sus respectivos números de Cuenta.

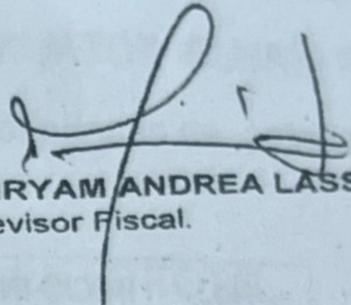
CÉDULA	TRABAJADOR	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	VALOR INCAPACIDAD
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	30/03/2016	28/04/2016	689.455
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	29/04/2016	28/05/2016	689.455
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	29/05/2016	27/06/2016	689.455
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	19/07/2016	28/07/2016	183.855
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	29/07/2016	07/08/2016	183.855
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	11/08/2016	20/08/2016	229.818
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	22/08/2016	31/08/2016	229.818
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	01/09/2016	10/09/2016	229.818
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	11/09/2016	20/09/2016	229.818
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	21/09/2016	22/09/2016	45.964
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	23/09/2016	02/10/2016	229.818
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	03/10/2016	12/10/2016	229.818
67038619	CLAUDIA XIMENA BOCANEGRA	12/12/2016	21/12/2016	229.818

Se expide en Bogotá D.C. a los 15 días del mes de agosto de 2018.

Atentamente,

  
**MARIA DEL MAR GONZALEZ VALENCIA**  
 Representante Legal.  
 TEMPORALES PLUS S.A.



  
**MIRYAM ANDREA LASSO**  
 Revisor Fiscal.

En efecto, para sustentar su decisión, la juez de conocimiento revisó los desprendibles de nómina aportados con la demanda y a partir de ellos concluyó, el empleador no demostró el pago a la trabajadora de todas las incapacidades solicitadas en la demanda.

Sin embargo, advierte la Sala, la referida certificación fue aportada por la sociedad convocante, en la oportunidad procesal correspondiente, esto es, junto con la demanda y de dicha documental se corrió traslado a la EPS convoca (fl. 11), pero no le mereció ningún pronunciamiento en el escrito de contestación. A más de ello, se trata de un documento original, suscrito por María del Mar González Valencia, (representante legal) y Myriam Andrea Lasso (revisor fiscal), quienes en efecto gozan de tal calidad, como se colige del Certificado de Existencia y Representación legal de Temporales Plus S.A. (fls. 4 a 9).

Por lo anterior, a juicio de la Sala, la citada certificación merece credibilidad respecto a su contenido, máxime no fue tachada o desconocida por la convocada. Es así, de la misma se establece con claridad, el pago de trece incapacidades por parte de TEMPORALES PLUS S.A. a su trabajadora Claudia Ximena Bocanegra, que coinciden en su temporalidad con las pretendidas en la demanda y con las incapacidades médicas expedidas por el médico tratante y también aportadas por la parte actora (cd. folio 36 A).

A partir de lo anterior, teniendo en cuenta que conforme lo establecido por la Corte Constitucional en sentencia C-543 de 2007, se estableció el pago por auxilio de enfermedad no profesional no puede ser inferior al mínimo legal vigente, en proporción a los días de incapacidad otorgados a la demandante y que la sociedad demandante efectuó los pagos en aplicación de esta directriz, como se extrae de la certificación de pagos tantas veces citada, se modificará parcialmente la sentencia emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y se ordenará a la EPS SALUD TOTAL a pagar a TEMPORALES PLUS S.A., los siguientes conceptos, en cuantía total de \$4'090.765,00.

No.	INICIO INCAPACIDAD	FIN INCAPACIDAD	VALOR
1	30/03/2016	28/04/2016	\$689,455,00
2	29/04/2016	28/05/2016	\$689,455,00
3	29/05/2016	27/06/2016	\$689,455,00
4	19/07/2016	28/07/2016	\$183,855,00
5	29/07/2016	7/08/2016	\$183,855,00
6	11/08/2016	20/08/2016	\$229,818,00
7	22/08/2016	31/08/2016	\$229,818,00
8	1/09/2016	10/09/2016	\$229,818,00
9	11/09/2016	20/09/2016	\$229,818,00
10	21/09/2016	22/09/2016	\$45,964,00
11	23/09/2016	2/10/2016	\$229,818,00
12	3/10/2016	12/10/2016	\$229,818,00
13	12/12/2016	21/12/2016	\$229,818,00
<b>TOTAL</b>			<b>\$4.090,765,00</b>

Finalmente, solicitó la parte demandante, se revoque la absolución de los intereses moratorios y se acceda a esta pretensión. Sin embargo, la Sala mantendrá la decisión absolutoria impartida en primer grado, en tanto, como lo anotó la juez de conocimiento, no se acreditó en el expediente que la sociedad empleadora haya solicitado a SALUD TOTAL EPS su reconocimiento y pago.

**COSTAS** en esta instancia a cargo de la parte convocada.

En mérito de lo expuesto el TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C., Sala Laboral, administrando justicia, en nombre de la República y por autoridad de la Ley.

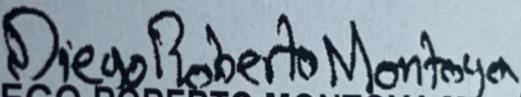
### RESUELVE

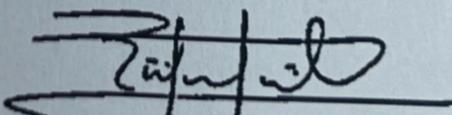
**PRIMERO: MODIFICAR** el ordinal quinto de la parte resolutive de la sentencia de primer grado en el sentido de ORDENAR a SALUD TOTAL EPS, pagar a favor de la sociedad TEMPORALES PLUS S.A., la suma de CUATRO MILLONES NOVENTA MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS MCTE (\$4.090,765,00), con las actualizaciones monetarias correspondientes, dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia.

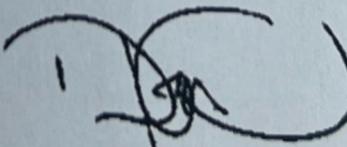
**SEGUNDO: CONFIRMAR** la sentencia apelada en todo lo demás, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

**TERCERO: COSTAS** en esta instancia a cargo de EPS SALUD TOTAL.

*NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE.*

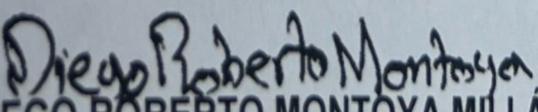
  
DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN

  
RAFAEL MORENO VARGAS

  
DIEGO FERNANDO GUERRERO OSEJO

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

**AGENCIAS EN DERECHO:** Se fija como valor por concepto de agencias en derecho la suma de \$300.000, la cual deberá ser incluida en la liquidación de costas, al tenor de lo consagrado en el artículo 366 del C.G.P.

  
DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALA LABORAL.**

**MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN.**

**PROCESO SUMARIO PROMOVIDO POR JUAN CARLOS RICO LEAL CONTRA  
CAFESALUD E.P.S. EN LIQUIDACIÓN (RAD 00 2022 01267 02)**

En Bogotá D.C., a los veintiocho (28) días del mes de octubre de dos mil veintidós (2022), estando la Sala de Decisión reunida se procede a dictar de plano el siguiente,

**S E N T E N C I A**

Asume la Sala el conocimiento del presente proceso, con ocasión del recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la demandada CAFÉSALUD EPS EN LIQUIDACIÓN, contra la sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, el pasado 23 de febrero de 2022 (Exp. Digital: «9. J-2017-1912 SENTENCIA.pdf») en la que se resolvió:

*«PRIMERO. - RECONOCER PERSONERIA al doctor Guillermo Alfonso Herreño Pérez, identificado con cedula de ciudadanía No.1.099.204.431 y tarjeta profesional No.209.358 del Consejo Superior de la Judicatura, como apoderado general de CAFESALUD EPS, EN LIQUIDACION, en los términos del poder otorgado en escritura publica No.572 del 25 de agosto de 2017.*

*SEGUNDO. - ACCEDER a la pretensión formulada por el señor Juan Carlos Rico, en contra de CAFESALUD EPS, EN LIQUIDACION, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.*

*TERCERO. - ORDENAR a CAFESALUD EPS, EN LIQUIDACION, reembolsar a favor del señor Juan Carlos Rico Leal, la suma de doscientos cincuenta mil pesos (\$250.000,00), de conformidad con el proceso de liquidación forzosa fijado en el Decreto 2555 de 2010*

*CUARTO. - APELACIÓN. La presente sentencia puede ser objeto del recurso de apelación para que de ella conozca, en segunda instancia, el Tribunal Superior del Distrito Judicial, Sala Laboral, del domicilio del apelante, El recurso de apelación deberá interponerse ante este despacho, dentro del término de tres (3) días, contados a partir del día siguiente a la notificación de la sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1 ° del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6° de la Ley 1949 de 2019.*

*QUINTO.- NOTIFICAR esta decisión al señor Juan Carlos Rico Leal, al email:*

[tarq.rl@gmail.com](mailto:tarq.rl@gmail.com) y/o a la Calle 57B, No.45-28 de Bogotá, y a los doctores Guillermo Alfonso Herreño Pérez, apoderado judicial, y Felipe Negret Mosquera, Agente Liquidador, de CAFESALUD EPS, EN LIQUIDACION, a los email: [requerimientos@cafesalud.com.co](mailto:requerimientos@cafesalud.com.co), [notificacionesjudiciales@cafesalud.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@cafesalud.com.co), [gaherreop@cafesalud.com.co](mailto:gaherreop@cafesalud.com.co) [mlcastroh@cafesalud.com.co](mailto:mlcastroh@cafesalud.com.co)».

Inconforme con la decisión, el apoderado de la demandada **CAFESALUD EPS** la impugnó aduciendo, en síntesis, que es improcedente la orden de reembolso del gasto médico, puesto que, al tratarse de una IPS no adscrita a la red de Prestadores de la EPS, considera que la atención brindada debía estar soportada en la necesidad de urgencia, presupuesto que no se cumplió ya que el referido procedimiento se llevo a cabo de manera programada con la IPS Horus Grupo Oftalmológico.

Adicionalmente, señala que debió haber existido por parte de la EPS una negativa injustificada o negligencia en la prestación del servicio de salud, situación que aduce no se configuro, en tanto Cafesalud EPS procedió a emitir en repetidas ocasiones la autorización para el servicio requerido por la parte actora, sin embargo, dichas autorizaciones no se hicieron efectivas por problemas administrativos al interior de la IPS, según lo aduce el actor.

Conforme a lo anterior, manifiesta que Cafesalud actuó con diligencia pues autorizo el procedimiento requerido por el usuario y la falta de efectividad de esta es responsabilidad de la IPS, además de existir una omisión por el demandante, al no poner en conocimiento de la presente situación a la EPS.

No obstante, lo anterior en caso de accederse a las pretensiones de la demanda, solicita se reconozca de conformidad con el manual Tarifario SOAT - Decreto 2423 de 1996, en el cual se estipulan las tarifas de exámenes y procedimiento clínicos que las entidades pertenecientes al sistema de salud deben tener en cuenta para realizar lo cobros respectivos.

Asimismo, solicita se ordene al demandante hacerse parte del proceso liquidatorio de la EPS conforme lo reglado en el decreto 2555 de 2010 y los artículos 20 y 70 de la Ley 1116 de 2006, radicando su acreencia de acuerdo a los formatos dispuestos para tal fin.

Como quiera que no se observa causal de nulidad que invalide lo actuado, se procede a resolver lo pertinente, previas las siguientes,

### CONSIDERACIONES

Sea lo primero señalar, la Sala Laboral de esta Corporación tiene competencia para dirimir el fondo del presente asunto, pues en virtud del artículo 116 constitucional, la Superintendencia Nacional de Salud fue investida de funciones jurisdiccionales por el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificada por la Ley 1949 de 2019, (artículo 6) disponiéndose para estos efectos, el procedimiento establecido en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998, modificado por el artículo 52 de la Ley 510 de 1991.

En este orden de ideas, se tiene constituyó el anhelo del demandante **JUAN CARLOS RICO LEAL** se ordene a CAFESALUD E.P.S. reembolsarle la suma de \$250.000, cancelados para la realización del procedimiento médico denominado «*electroretinograma multifocal ambos ojos*» (Página 2. Exp. Digital: «1.J-20147-1912 DEMNANADA (sic).pdf»).

Como sustento fáctico de las pretensiones, el actor invocó los siguientes hechos (Página 1, ibidem):

- En el año 2014, el demandante presento OCLUSION EN VENA CENTRAL DE LA RETINA, y se encuentra bajo controles con médicos de diferentes especialidades, para establecer la causa de dicho evento.
- El 7 de enero de 2015 se le ordeno realizar valoración por NEUROOFTALMOLOGIA.
- El 26 de octubre de 2015, se realizó la valoración por la IPS Horus Grupo Oftálmico, dicha valoración fue registrada en la histórica clínica del actor y se ordenó la realización del examen ELECTRORETINGRAMA MULTIFOCAL AMBOS OJOS, con la indicación posterior de realizar un control medico con

los resultados del examen, con el fin de emitir un diagnóstico para su respectivo tratamiento.

- El 25 de enero de 2016 radico solicitud de autorización para la realización de el examen reseñado y la consulta por neurooftalmología para la lectura y diagnóstico de los exámenes realizados.
- Señala que la EPS no realizo las respectivas autorizaciones, ni se lograba identificar el número del trámite de su solicitud.
- Manifiesta que la respuesta de la EPS a su solicitud siempre fue negativa, puesto que no tienen contrato vigente con la IPS Horus Grupo Oftálmico y es este centro medio el único que realiza el examen requerido en la ciudad de Bogotá.
- Ante la respuesta negativa de la EPS, decidió directamente realizar la solicitud del examen medio y la cancelación del valor del mismo, por cuenta de sus propios recursos económicos.

La demanda se admitió mediante proveído del 12 de diciembre del 2017 (Exp. Digital: «2. J-2017-1912 AUTOADMITE.pdf») y se corrió traslado a la demandada con el fin de que contestara y allegara las pruebas que consideraran conducentes y pertinentes, igualmente se requirió al prestador de servicios HORUS GRUPO OFTALMOLÓGICO con el fin de que informara si tenía activo el servicio de salud de Cafesalud EPS S.A. para los meses de julio a octubre de 2015 y aportara el contrato de prestación de servicios suscrito con Cafesalud EPS de la vigencia 2015.

Surtido el trámite procesal correspondiente, CAFESALUD EPS S.A. contestó (Exp. Digital: «3. CONTESTACION J-2017-1912.pdf») solicitando se negaran las pretensiones de la demanda, toda vez que no se encuentra obligada a reconocer el pago de aquellos reembolsos por concepto de servicios de salud que no fueron autorizados ni suministrados por sus prestadores. Lo anterior, teniendo en cuenta que la EPS tenía contratada una red de prestadores que garantizaba el suministro y la prestación de los diferentes servicios de salud requeridos para el tratamiento de

la patología del afiliado, de manera que, cuando el usuario no hace uso de los servicios ofrecidos por la EPS y en su lugar decide acudir a una institución o a un médico particular, los costos generados para atender dicha atención deben ser asumidos con su propio peculio.

De igual manera, indica que la solicitud de reembolso presentada por el demandante el día 2 de noviembre de 2016 fue presentada de manera extemporánea, en razón a que el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 establece que la solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los 15 días siguientes a la declaratoria de alta del paciente, por lo cual considera que la solicitud presentada no tiene plena validez.

En relación con el aspecto de urgencia, expone que para que opere el reembolso en el presente caso, se debe acreditar la urgencia del tratamiento solicitado, situación que resalta no se establece aquí, pues el examen se realizó de manera programada.

Finalmente, determina que el pago del reembolso debe estar conforme a lo dispuesto por el manual tarifario SOAT, el cual determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios.

De tal manera, conforme los supuestos fácticos señalados y el acervo probatorio recaudado, la juzgadora inicial mediante providencia del 23 de febrero del 2022 (Exp. Digital: «9. J-2017-1912 SENTENCIA.pdf») accedió a la pretensión incoada por el demandante y ordenó a CAFESALUD EPS reconocer y pagar a favor de JUAN CARLOS RICO LEAL la suma de \$250.000., Lo anterior tras considerar que CAFESALUD EPS no garantizó la oportunidad, continuidad ni integralidad en la atención médica que requería el demandante

Aunado a ello, la Superintendencia en su providencia argumenta que la expedición de las autorizaciones no exime a la EPS de la responsabilidad de garantizar oportunidad en la realización del servicio que autoriza a través de su Red de prestadores, pues en el presente caso no se hicieron efectivas las autorizaciones por inconvenientes administrativos entre la IPS y la EPS, obstaculizando el acceso seguro e ininterrumpido a los servicios de salud requeridos por el afiliado.

Precisó que el examen de ayuda diagnóstica era pertinente y necesario para determinar el manejo de la patología que venía presentando el afiliado desde el año 2015, el cual, si bien fue autorizado en tres ocasiones por la EPS, ello no ocurrió debido a problemas administrativos y contractuales internos de la EPS con su red de prestadores, por consiguiente, expresó Cafesalud debe asumir el riesgo transferido por el usuario y cumplir con las obligaciones establecidas en el POS.

En este orden, en virtud del principio de consonancia, procede la Sala a resolver el objeto de apelación, en los puntos concretos objeto de censura, pues recuérdese que es el apelante quien delimita el ámbito sobre el cual ha de recaer la decisión de segunda instancia (*tantum devolutum quantum appellatum*).

Así las cosas, en primer lugar, es del caso señalar, no fue motivo de controversia en el trámite del proceso, ni lo es ahora, que **JUAN CARLOS RICO LEAL** identificado con cédula de ciudadanía No. 79.554.098 estuvo afiliado a CAFESALUD EPS para la época de los hechos, situación que fue así determinado por la juez de primera instancia, no discutida en esta instancia.

Tampoco se discute que el señor JUAN CARLOS RICO LEAL asumió directamente el pago del examen médico denominado «*ELECTORRETINOGRAMA MULTIFOCAL*» en cuantía de (\$250.000), aspecto que por demás se corrobora a página 13 Archivo “1. J-20147-1912 DEMNANADA”.

Así pues, para dirimir la controversia traída a los estrados, bueno resulta recordar la norma reguladora en materia de reconocimiento de devolución de dineros frente a los gastos en que incurre el afiliado, esto es, el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, la cual consagra:

*«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, y con las facultades propias de un juez en los siguientes asuntos:*

*(...)*

*b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos:*

1. Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen.

2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica.

**3. En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.”**

Además, el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, 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», preceptúa:

**«ARTICULO 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»<sup>1</sup> (Negrilla y subrayas de la Sala).

Precisado lo anterior, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas por la falladora de primer grado para soportar su decisión, es menester traer a colación, el criterio sentado por la Corte Constitucional en cuanto al acceso a los servicios de salud los cuales deben ser oportunos, eficientes y de calidad, como así se consignó en aparte pertinente de la Sentencia T-163 de 2013, que a continuación se cita:

*«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*

<sup>1</sup> <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/>

*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**» (Negrilla de la Sala).*

En el mismo sentido se pronunció en sentencia T-195 de 2010:

**«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” (Negrilla de la Sala**

(...)

*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» (Subrayado de la Sala).*

Así pues, advierte la Corporación, el demandante con ocasión de la oclusión en la vena central de la retina se realizó valoración neurooftalmología, dicha valoración fue efectuada por la IPS Horus Grupo Oftálmico, donde se le indico al demandante que debía realizarse el examen médico denominado «ELECTRORRETINOGRAMA MULTIFOCAL», esto con el fin de emitir el respectivo diagnostico y proceder con el tratamiento, situación que se constata con la historia clínica aportada por la parte actora. (Páginas 9 a 13. Exp. Digital: «1.J-20147-1912 DEMNANADA.pdf»).

Ante lo ordenado por la IPS, el demandante procedió desde el 25 de enero de 2016 a radicar varias solicitudes para la autorización del examen médico requerido, como contestación a las solicitudes, Cafesalud EPS procedió a expedir en tres ocasiones distintas la autorización correspondiente las cuales se encuentran fechadas 26 de febrero de 2016, 18 de abril de 2016 y 18 de mayo de 2016, tal como se constata por el listado de autorizaciones aprobadas por la EPS (Página 19. Exp. Digital: «5. CONTESTACION DEMANDA J-2017-1912.pdf»)

156857973	JUAN CARLOS RICO LEAL	Cédula Ciudadanía 79554098	Cemes 106	2/26/2016 3:52:05 PM	APROBADA	*ELECTRORRETINOGRAMA MULTIFOCAL...
160085082	JUAN CARLOS RICO LEAL	Cédula Ciudadanía 79554098	Cemes 106	4/18/2016 5:08:57 PM	APROBADA	*ELECTRORRETINOGRAMA MULTIFOCAL...
162159317	JUAN CARLOS RICO LEAL	Cédula Ciudadanía 79554098	Cemes 106	5/18/2016 4:18:39 PM	APROBADA	*ELECTRORRETINOGRAMA MULTIFOCAL...

En ese orden, si bien se emitió en varias ocasiones la autorización para que la IPS LASER CENTER S.A. y HORUS GRUPO OFTAMOLOGICO S.A.S. procediera a desarrollar el examen médico necesario para el diagnóstico del demandante, no obra prueba en el plenario que en efecto se haya materializado, por el contrario la citada autorización se desvirtúa con la factura de venta allegada por la parte actora dentro del presente litigio, donde se consigna el valor de \$250.000 cancelados por un servicio particular, situación que da a entender que la autorización expedida por la EPS no fue efectiva y por ello el actor tuvo que asumir el costo del examen.



**HORUS**  
GRUPO OFTALMOLÓGICO

HORUS GRUPO OFTALMOLÓGICO S.A.  
TEL 800.127.648-0 Régimen Común  
SEDE DE EXÁMENES DIAGNÓSTICOS  
Carrera 19 B # 84-48, Bogotá Colombia.  
Tels 2573326 - 7637664 - 6358100 - 6219435

---

FACTURA DE VENTA No.:	B32382
PARTICULAR	NIT 100
JUAN CARLOS RICO LEAL	ID 79554098

---

ELECTRORETINOGRAMA	\$ 250.000
MULTIFOCAL	
EFFECTIVO	\$ 250.000
CAMBIO	\$ 0

SON: Doscientos cincuenta mil pesos

2P

---

Resolución de facturación DIAN # 3200013882632  
Fecha 2016-03-31 Prefijo B  
Rango de número 28985 - 50.000  
No somos grandes contribuyentes. Somos autorretenedores

06/07/2016 09:20  
www.horusgo.com 

Evidenciado lo anterior, es claro entonces que CAFESALUD EPS no actuó con la suficiente diligencia al no brindar efectivamente el acceso del paciente al examen requerido, teniendo en cuenta que pese a existir la autorización para la realización del procedimiento médico, este nunca se materializó por razones ajenas al paciente, siendo entonces la EPS traída a juicio la responsable de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud suministrados a su afiliado, en virtud del principio de integralidad desarrollado y definido por la Corte Constitucional.

Nótese, que la EPS Cafesalud, fue negligente en el tratamiento del diagnóstico de la enfermedad del actor, que por supuesto incluyen los diferentes exámenes médicos que le sean ordenados por su médico tratante con el fin de otorgar un diagnóstico acertado a sus padecimientos, advirtiéndose que la sola expedición de las autorizaciones no garantiza la efectividad del derecho a la salud, en tanto y en cuanto, este sólo se materializa con el acceso oportuno a la atención requerida.

Es claro entonces, que el demandante debió asumir gastos por concepto del examen médico ordenado por el profesional de la salud, como consecuencia del actuar descuidado y negligente de CAFESALUD EPS S.A., quien se itera si bien autorizó el mismo, lo cierto es que finalmente no se realizó el examen tanto que el actor tuvo que sufragar el costo ante esa entidad HORUS GRUPO OPTAMOLOGICO S.A.S.; por lo que estos yerros no se le pueden cargar a la parte actora en beneficio de quien omitió sus deberes como aseguradora, entre los cuales se encuentra prestar un servicio de salud oportuno, eficiente, eficaz y de calidad; debiendo responder por toda falla o falta que se genere en la prestación del mismo.

En esa dirección, debe señalarse a juicio de esta Sala, resulta más que comprensible que en protección al derecho a un diagnóstico, el promotor de este juicio decidiera acudir a la IPS HORUS GRUPO OPTAMOLOGICO S.A.S. como usuario particular, en aras de restablecer preservar su estado de su salud, y en ese orden, dado que tal circunstancia derivó de la falta de oportunidad y eficiencia en el servicio prestado por la EPS demandada, no es de recibo, que pretenda ahora, evadir las consecuencias de su omisión, pues para esta Sala la decisión del actor de cancelar el valor establecido por la IPS, resulta más que justificada, de conformidad con lo expuesto en sentencia T-361 de 2014:

*“El derecho al diagnóstico como aspecto integrante del derecho a la salud, es indispensable para llegar a una recuperación definitiva de una enfermedad o a mejorar la calidad de vida del paciente. De manera que la negación del mismo, impide que se realice el tratamiento adecuado y preciso que requiere el afectado. Pero, no solo la negativa del derecho al diagnóstico vulnera los derechos constitucionales, sino cuando no se práctica a tiempo o se realiza de forma negligente, complicando en algunos casos el estado de salud del paciente hasta el punto de llegar a ser irreversible su cura, eventos en los cuales, puede llegar a afectar gravemente la salud y la dignidad humana del paciente al someterlo de manera interminable a las afecciones propias de su mal estado de salud.”*

En consideración al criterio jurisprudencial, se encuentra la urgencia justificada, pues es necesaria la realización de todos los procedimiento médicos encaminados

al efectivo diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, pues de no hacerse de manera oportuna y efectiva, puede derivar en afectaciones graves al estado de salud del usuario.

Corolario de todo lo anterior, resulta acertada la decisión de primer grado, en cuanto dispuso el reembolso de la suma sufragada por la parte actora, por corresponder a los gastos médicos en que incurrió a efectos de recibir la atención médica, eficaz y oportuna, obligación que se encontraba en cabeza de la EPS, razón por la cual, no hay lugar a acoger de manera favorable los argumentos expuestos por el apoderado recurrente.

Ahora, y para resolver otro de los puntos de apelación si bien en los precisos términos del artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994 atrás citada, se alude a que *“los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público”*, esto es el MANUAL TARIFARIO SOAT DE SALUD -Decreto 2423 del 31 de diciembre 1996-<sup>2</sup> y por ende debió calcularse con dichas tarifas, se tiene que al revisar por esta Sala de decisión lo allí dispuesto, el examen ELECTRORETINOGRAMA MULTIFOCAL no se encuentra incluido en tal listado y tampoco se aportó por la accionada prueba que permita determinar el valor que debía ser reembolsado a la accionante, según dicho manual.

Por otro lado en cuanto a que la solicitud de reembolso se radicó de manera extemporánea, término establecido en el artículo 14 de Resolución 5261 de 1994 el cual alude el recurrente imperativo para la viabilidad del pago que aquí se persigue, advierte la Sala, el plazo al que hace referencia dicha disposición corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite de su solicitud ante la entidad, razón por la cual, el incumplimiento del mismo no puede tener como consecuencia la pérdida del derecho a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le competen. Así lo

---

<sup>2</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-2423-de-1996.pdf>

ha adoctrinado la Corte Constitucional, entre otras en las sentencias T-594 de 2007<sup>3</sup>, reiterada en la sentencia T-650 de 2011<sup>4</sup>.

En ese mismo sentido, debe anotarse, tal lapso no puede entenderse de ningún modo como un término prescriptivo de la obligación que tiene la EPS de reconocer a sus usuarios el reembolso de los dineros que le corresponda asumir por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud.

Finalmente, en lo que toca a la solicitud realizada por CAFESALUD de disponer al demandante hacerse parte del proceso liquidatorio para proceder al pago de las acreencias a su favor, pertinente es anotar, si bien existe un procedimiento para el pago de sentencias judiciales emitidas contra la sociedad en liquidación en el curso del proceso liquidatorio, previsto en el artículo 9.1.3.5.10 del Decreto 2555 de 2010, el agotamiento del mismo obedece a un trámite que resulta potestativo de la parte que persigue la satisfacción de las obligaciones reconocidas a su favor, advirtiéndose además, el presente litigio no corresponde a la ejecución de la obligación en la cual si debe procederse con especial atención y con sujeción a lo previsto en el artículo 20 de la Ley 1116 de 2006.

En ese sentido, no encuentra la Sala que deba darse instrucción alguna al demandante como se procura en la impugnación, pues además el procedimiento

---

<sup>3</sup> “Sobre el particular, lo primero que debe señalarse es que el plazo para efectuar la reclamación establecido en la Resolución referida, no puede entenderse de ninguna manera como un término prescriptivo de la obligación que tiene el I.S.S. de reconocer a sus usuarios, el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud. En efecto, el plazo en mención corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la propia entidad, razón por la cual el vencimiento del mismo no puede de manera alguna tener como consecuencia la pérdida del derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le asisten.”

<sup>4</sup> “Adicionalmente, la vulneración de los derechos de la accionante se torna más gravosa por cuanto la entidad accionada negó el reconocimiento de dicha prestación con fundamento en el incumplimiento de un requisito meramente formal, como es la extemporaneidad de la reclamación, esto es, vencido el término establecido en el artículo 14 de la resolución 5261 de 1994, según la cual “... la solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los quince (15) días siguientes al alta del paciente...”.

De este modo, se resolverá de acuerdo a lo establecido en la sentencia T-594 de 2007, en donde se manifiesta que el plazo para efectuar la reclamación establecido en la Resolución referida, no puede entenderse de ningún modo como un término prescriptivo de la obligación que tiene Coomeva de reconocer a sus usuarios el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud. En efecto, el plazo corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la entidad, razón por la cual el cumplimiento del mismo, no puede tener como consecuencia la pérdida del derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le concurren.”

está previsto en una disposición legal y por ende se presume su conocimiento.

Agotada la competencia de esta Sala por el estudio de los motivos de apelación, habiéndose arribado a las mismas conclusiones expuestas por la falladora de primer grado, lo que se sigue es la confirmación de la sentencia apelada.

**COSTAS** en esta instancia a cargo de la parte demandada.

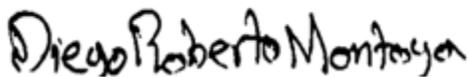
En mérito de lo expuesto el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C., Sala Laboral, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

### RESUELVE

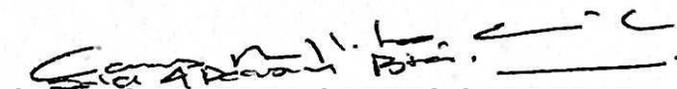
**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia apelada.

**SEGUNDO: COSTAS** en esta instancia a cargo de la demandada.

*NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,*



**DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN**



**CARLOS ALBERTO CORTES CORREDOR**



**DIEGO FERNANDO GUERRERO OSEJO**

**AGENCIAS EN DERECHO:** Se fija como valor por concepto de agencias en derecho la suma de \$30.000, la cual deberá ser incluida en la liquidación de costas, al tenor de lo consagrado en el artículo 366 del C.G.P.



**DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN**