Señores
JUZGADO 5 CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD DE VALLEDUPAR
J05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co
E. S. D.

EXPEDIENTE: 20001310300520200010900
DEMANDANTE: CLINICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR SASDEMANDADO: MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
VINCULA: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES

LUIS GIOVANNY FIGUEROA VELOZA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía N° 80.166.731 de Bogotá, abogado en ejercicio con Tarjeta Profesional 203.450 del Consejo Superior de la Judicatura, conforme al poder especial otorgado por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES, mediante el presente escrito y encontrándome dentro del término del traslado presento escrito de CONTESTACIÓN DE DEMANDA, de conformidad con el artículo 31 del Código de Procedimiento Laboral, en los siguientes términos:

I. CONSIDERACIONES PREVIAS

1.1. DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2016 y atendiendo lo establecido en el artículo 21 del Decreto 1429 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 546 de 2017, me permito informarle que a partir del día 01de agosto de 2017, entró en operación la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES como una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacían parte del entonces Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET, los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo y los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad

Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP).

En consecuencia, a partir de la entrada en operación de la ADRES y según lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, debe entenderse suprimido el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y con este, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social -DAFPS del Ministerio de Salud y Protección Social tal como señala el artículo 5 del Decreto 1432 de 2016 modificado por el artículo 1del Decreto 547 de 2017 y que cualquier referencia hecha a dicho Fondo, a las subcuentas que lo conforman o a la referida Dirección, se deben entender a nombre de la ADRES quien hará sus veces, tal como lo prevé el artículo 31 del Decreto 1429 de 2016.

Finalmente, es preciso indicar que la ADRES cuenta con la página web: http://www.adres.gov.co/, en la cual puede consultarse todo lo relacionado con su operación, su domicilio para todos los efectos legales es la Avenida Calle 26 Nº. 69-76 piso 17, Edificio Elemento en Bogotá D.C. y su correo electrónico para notificaciones judiciales es: notificaciones.judiciales@adres.gov.co.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

PRONUNCIAMIENTO PRETENSIONES:

FRENTE A LA PRIMERA: Esta Defensa se opone a la pretensión de conformidad con los fundamentos de derecho que se expondrán más adelante.

FRENTE A LA SEGUNDA: Esta Defensa se opone a la pretensión deconformidad con los fundamentos de derecho que se expondrán más adelante.

FRENTE A LA TERCERA (NUMERADA ERRONEAMENTE COMO CUARTA): Esta Defensa se opone a la pretensión de conformidad con los fundamentos de derecho que se expondrán más adelante.

FRENTE A LA CUARTA (NUMERADA ERRONEAMENTE COMO QUINTA): Esta Defensa se opone a la pretensión en mención.

FRENTE A LA QUINTO (NUMERADA ERRONEAMENTE COMO SEXTA): Esta Defensa se opone a la pretensión en mención

II. FRENTE A LOS HECHOS

Con relación a los hechos motivo de la demanda impetrada, es pertinente referirse a ellos de la siguiente manera:

AL HECHO PRIMERO: ES CIERTO, de conformidad con la documental anexa.

AL HECHO SEGUNDO: NO ME CONSTA, dado que al traslado no se allegó documental mediante la cual se evidencie dicha afirmación.

AL HECHO TERCERO: ES CIERTO.

AL HECHO CUARTO: NO ME CONSTA, dado que al traslado no se allegó documental mediante la cual se evidencie dicha afirmación.

AL HECHO QUINTO: NO ME CONSTA, ya que es un hecho realizado por una Entodad distinta a la que represento.

AL HECHO SEXTO: NO ME CONSTA, ya que es un hecho realizado por una Entodad distinta a la que represento.

AL HECHO SÉPTIMO: NO ME CONSTA, ya que es un hecho realizado por una Entodad distinta a la que represento.

AL HECHO OCTAVO: NO ME CONSTA, ya que es un hecho realizado por una Entodad distinta a la que represento.

AL HECHO NOVENO: NO ME CONSTA, ya que es un hecho realizado por una Entodad distinta a la que represento.

AL HECHO DÉCIMO: ES CIERTO, pero dicho psgo está supeditado al cumplimiento de la normatividad.

AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: ES CIERTO, de conformidad con la documental anexa.

AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO: ES CIERTO, de conformidad con la documental anexa.

AL HECHO DÉCIMO TERCERO: ES CIERTO, de conformidad con la documental anexa.

AL HECHO DÉCIMO CUARTO: ES CIERTO, de conformidad con la documental anexa.

AL HECHO DÉCIMO QUINTO: ES CIERTO, de conformidad con la documental anexa.

AL HECHO DÉCIMO SEXTO: ES CIERTO, de conformidad con la documental anexa.

III. RAZONES DE LA DEFENSA

- **DEL PROCEDIMIENTO PARA RECLAMAR POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS Y TERRORISTAS**

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha previsto la cobertura para la atención de víctimas de accidentes de tránsito, de riesgos catastróficos de origen natural y eventos terroristas según lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.

Ahora bien, el procedimiento para realizar las reclamaciones de indemnización se encuentra señalado en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y la Resoluciones 1915 de 2008 y 1136 de 2012, principalmente. En dichas disposiciones se encuentran previstos los términos dentro de los cuales es oportuno realizar la reclamación por vía administrativa, los requisitos que deben cumplir los reclamantes para elevar la solicitud y los términos con los que cuenta para resolver la solicitud de reclamación y realizar el pago.

En este orden de ideas, para que se pueda realizar el pago correspondiente dentro de los términos establecidos en el artículo 6 del Decreto 3990 de 2007, es necesario que el derecho al mismo se encuentre acreditado, es decir, que no haya lugar a dudas sobre la obligación de desembolsar el valor de la indemnización, para lo cual todos los presupuestos de hecho que le dan lugar deben encontrarse acreditados yque la reclamación se haya presentado dentro del término de ley, esto es dentro

delos seis meses siguientes a la ocurrencia del evento, término que a partir del 10 deenero de 2012 es de un año[1].

Así, con el propósito de establecer si se encuentra o no acreditado el derecho al pago, una vez radicada la solicitud de reclamación con todos los soportes, el ente auditor realiza una auditoría integral médica, jurídica y financiera.

Como resultado de dicha auditoría, es posible obtener la aprobación total o parcial del pago o la negación del mismo, en este último caso, por no encontrarse acreditado el derecho y/o por no haberse presentado dentro de los términos normativos, en consonancia con el principio de eficiencia que debe regir el Sistema General de Seguridad Social Integral, consagrado en el artículo 2 de la Ley 100 de 1993.

En consecuencia, si las reclamaciones no cumplen con los requisitos legales establecidos para su presentación y radicación, se imposibilita su aprobación en el proceso de auditoría integral.

Cabe resaltar, que la sola radicación de la solicitud no da derecho al pago,toda vez que la firma auditora debe verificar la procedencia del reconocimiento, para que no se origine un pago indebido o incorrecto, situación que llevaría a una mala utilización de los recursos del sistema general en seguridad social en salud.

PERSONAS NATURALES- EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE

La víctima de un accidente de tránsito en que participen vehículos no identificados o no asegurados con póliza SOAT, de un evento terrorista, de un evento catastrófico de origen natural o de otro evento aprobado por el MSPS, cuando por causas de dicho evento, hubiere perdido la capacidad laboral en alguno de los porcentajes que se relacionan a continuación:

[1] Artículo 111 del Decreto 19 de 2012 "*Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública"*

PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL	MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES (SMLDV)
Mayor a 50	180
Mayor a 49 hasta 50	171,5
Mayor a 48 hasta 49	168
Mayor a 47 hasta 48	164,5
Mayor a 46 hasta 47	161
Mayor a 45 hasta 46	157,5
Mayor a 44 hasta 45	154
Mayor a 43 hasta 44	150,5
Mayor a 42 hasta 43	147
Mayor a 41 hasta 42	143,5
Mayor a 40 hasta 41	140
Mayor a 39 hasta 40	136,5
Mayor a 38 hasta 39	133
Mayor a 37 hasta 38	129,5
Mayor a 36 hasta 37	126
Mayor a 35 hasta 36	122,5
Mayor a 34 hasta 35	119
Mayor a 33 hasta 34	115,5
Mayor a 32 hasta 33	112
Mayor a 31 hasta 32	108,5
Mayor a 30 hasta 31	105
Mayor a 29 hasta 30	101,5
Mayor a 28 hasta 29	98
Mayor a 27 hasta 28	94,5
Mayor a 26 hasta 27	91
Mayor a 25 hasta 26	87,5
Mayor a 24 hasta 25	84
Mayor a 23 hasta 24	80,5
Mayor a 22 hasta 23	77
Mayor a 21 hasta 22	73,5
Mayor a 20 hasta 21	70
Mayor a 19 hasta 20	66,5
Mayor a 18 hasta 19	63
Mayor a 17 hasta 18	59,5
Mayor a 16 hasta 17	56
Mayor a 15 hasta 16	52,5
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL	**MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES (SMLDV)**
Mayor a 14 hasta 15	49
Mayor a 13 hasta 14	45,5
Mayor a 12 hasta 13	42
Mayor a 11 hasta 12	38,5
Mayor a 10 hasta 11	35
Mayor a 9 hasta 10	31,5
Mayor a 8 hasta 9	28
Mayor a 7 hasta 8	24,5
Mayor a 6 hasta 7	21
Mayor a 5 hasta 6	17,5
De 1 hasta 5	14

Tabla contenida en el artículo 2.6.1.4.2.8 del Decreto 780 de 2016.

Adicionalmente la incapacidad debe ser calificada por la autoridad competente. Para el reconocimiento de la indemnización, la persona natural deberá remitir los siguientes documentos:

Requisitos

- Formulario FURPEN
- Original o Fotocopia del certificado de atención médica.
- Certificado de Incapacidad permanente expedida por la Junta de Calificación de Invalidez.
- Accidente de Tránsito: Certificación médica que las lesiones presentadas son secundarias a accidente de tránsito.
- Declaración juramentada de condición de aseguramiento del vehículo.
- Evento Terrorista: Certificación expedida por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastre, en el que conste que la persona atendida fue víctima de un evento terrorista.
- Evento Catastrófico de origen natural: Certificación expedida por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastre, en el que conste que la persona fue víctima de un evento catastrófico de origen natural.
- Declaración juramentada de no afiliación de la víctima al SGSSS.
- Declaración juramentada de condición de aseguramiento del vehículo.
- Fotocopia nítida y ampliada del documento de identidad del beneficiario, más la firma e impresión dactilar en original.
- Certificación bancaria original, en la que se acredite al reclamante como titular de la cuenta. Una vez se cuente con la totalidad de documentos, se procede a la imposición de un STICKER que otorga el número único de radicación ante el Fosyga- ADRES o quien este disponga, y se pasa a la etapa de radicación.
-

● Etapa de radicación.

Ésta inicia con el recibo de los soportes físicos de las reclamaciones que hubieren superado la etapa de preradicación y culmina con el cargue de la información de cada reclamación al sistema de información del Fondo de Solidaridad y Garantía

FOSYGA, o quien haga sus veces, o en su defecto, con el reporte de rechazo y devolución de los soportes físicos recibidos a los reclamantes.

La fecha de cierre del periodo de radicación para el caso de reclamaciones de primera vez, presentadas por personas jurídicas, será el día quince (15) calendario de cada mes y el último día calendario de cada mes cuando correspondan a respuestas a resultados de auditoria.

Durante esta etapa, la ADRES o quien haga sus veces, realiza la digitalización y tipificación de los soportes físicos de las reclamaciones que superaron la etapa de preradicación, posterior a lo cual se realiza en el caso de reclamaciones presentadas por persona jurídica, el cotejo de la información suministrada en el medio físico respecto de la entregada en el medio magnético en los campos correspondientes al tipo y número de documento de la víctima y número de la factura de venta. Si el resultado de esta comparación arroja identidad en los datos, se procederá al cargue de la información en el sistema de información delFOSYGA o en su defecto el rechazo de la misma, el cual le es comunicado al reclamante a través de correo certificado, en un término no mayor a diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación.

Los documentos soporte de las reclamaciones físicas deberán estar foliados, completos, ser legibles, nítidos y veraces. Esta información deberá guardar identidad con la remitida en los medios magnéticos.

• Etapa de auditoría integral.

Inicia con el cargue de la información de las reclamaciones al sistema de información de la ADRES o quien haga sus veces y concluye con la certificación de cierre del paquete en el mismo.

Durante esta etapa, que se desarrolla dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre del periodo de radicación, el FOSYGA o quien haga sus veces realiza la validación del cumplimiento de los aspectos mínimos de verificación consignadosa continuación, mediante el análisis de la información suministrada por el reclamante en las etapas de pre-radicación y radicación:

• ASPECTOS MÍNIMOS DE VERIFICACIÓN PARA RECLAMACIONES POR SERVICIOS DE SALUD:

- Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo con el instructivo correspondiente.

- Que la información contenida en los medios magnéticos del formulario de que trata el numeral anterior, sea consistente con los soportes físicos de la reclamación.

- Que la Subcuenta ECAT del FOSYGA sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.

Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el Artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.

- Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por el FOSYGAo por otra entidad, en los términos del Decreto 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya. Que exista relación de los servicios y tecnologías en salud reclamados con el evento que origina la reclamación.

- Que los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentren soportados en los documentos de epicrisis o resumen de atención, según corresponda.

- Que, en la factura de venta o documento equivalente generado por el reclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.

- Que el valor de los ítems facturados y reclamados se encuentre liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.
- Que la información presentada por el reclamante sea consistente.

- Que los servicios de salud cobrados se encontraban habilitados por el reclamante para la fecha de prestación de estos.

- Que la entidad reclamante sea la misma que prestó el servicio de salud.

- Que la víctima existía al momento de la prestación del servicio de salud.

- Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución. Que los servicios de salud reclamados se prestaron a la víctima por la cual se reclama.

La validación del cumplimiento de criterios se efectúa de conformidad con lo establecido en el Manual de Auditoría que adopte este Ministerio, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

Producto de la auditoría integral de las reclamaciones, la ADRES o quien haga sus veces, aplica uno de los siguientes estados:

● **Aprobado:** Cuando todos los ítems de la reclamación cumplen con los criterios señalados en la normativa vigente.

● **Aprobado parcial**: Cuando alguno o algunos de los ítems de la reclamación cumple(n) con los criterios señalados en la normativa vigente.

• **No aprobado:** Cuando todos los ítems de la reclamación no cumplen con los criterios señalados en la normativa vigente.Con las reclamaciones que han sido objeto de auditoría y consecuentemente tienen un estado asociado, se conforma un paquete, de acuerdo con el tipo de reclamante, periodo de radicación, mecanismo de auditoría y tipo de presentación(nuevo/respuesta a resultado de auditoría). Dicho paquete es objeto de validaciones de calidad, generando como consecuencia los ajustes a los que hayalugar. Posterior a las validaciones de calidad, los paquetes conformados son objeto de certificación.

• Etapa de comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo

Inicia con la certificación del paquete de reclamaciones en el Sistema de información del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA o quien haga sus vecesy culmina con la custodia o devolución de las reclamaciones con estado definitivo.

Esta etapa se desarrolla de manera paralela a la etapa de pago tratándose de reclamaciones con resultado de auditoría aprobado o aprobado parcial y en ella el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, o quien haga sus veces, comunicaal reclamante el resultado de la auditoría integral practicada a sus reclamaciones.

El Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, o quien haga sus veces, comunicael resultado de la auditoría integral efectuada a cada una de las reclamaciones, durante los diez (10) días calendario siguientes a la emisión de la certificación de cierre efectivo del paquete, a través del correo electrónico previamente habilitadoy autorizado o, en su defecto, mediante comunicación remitida a través de correo certificado a la dirección registrada en el formulario o en la base de datos del FOSYGA según corresponda.

La comunicación debe contener, como mínimo, la siguiente información:

a. Fecha de expedición de la comunicación.

b. Número de paquete del cual hace parte la reclamación Para personas jurídicas, la ruta de acceso para consultar en la página web, el reporte delresultado de auditoría integral que incluirá el detalle de todas las reclamaciones, las glosas aplicadas a cada una de ellas o al ítem que corresponda con su respectiva descripción y notas aclaratorias si las tiene.

El término de respuesta al resultado de la auditoría y la consecuencia jurídica quese generaría por no ejercer este derecho.

Adicionalmente, la ADRES, o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de certificación de cierre efectivo, comunica a los reclamantes mediante publicación en su página web que el resultado de la auditoría a las reclamaciones del paquete correspondiente al periodo de radicación respectivo se encuentra disponible para su consulta.

Para los efectos de los procesos de reclamación que se adelantan con cargo a la Subcuenta ECAT del FOSYGA, o quien haga sus veces, se entiende comunicado el resultado de auditoría al reclamante en la fecha en la cual este recibe tal comunicación. A partir de esta fecha se contabilizará el término para darrespuesta al resultado de auditoría y/o para que la reclamación adquiera un estado definitivo.

En todo caso, si no se recibe constancia de recibo de la comunicación por correo certificado, el resultado de auditoría se entiende recibido por el reclamante un mes después de la publicación en la página web del FOSYGA que se mencionó anteriormente.

El reclamante puede dar respuesta al resultado de auditoría, subsanando u objetando en una única oportunidad la totalidad de glosas aplicadas, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de la auditoría integral, aportando los documentos que correspondan o sustentando en forma concreta los motivos de objeción a la glosa. La objeción no puede versar sobre nuevos hechos ni debatir argumentos diferentes a los contenidos en el resultado de la auditoría.

Para el efecto, el reclamante debe diligenciar el respectivo formulario y anexo técnico, según corresponda, señalando que se trata de una respuesta al resultadode auditoría, para lo cual relacionará el número de radicado de la reclamación sobre la cual está presentando la respuesta. Las IPS no pueden incluir reclamaciones de primera vez en la respuesta a resultados de auditoria.
Si el reclamante no da respuesta al resultado de auditoría en el término de dos meses contado a partir del recibo de la comunicación, se entenderá que aceptó la glosa impuesta, con lo cual, el respectivo ítem adquiere con carácter definitivo el estado "no aprobado".

La respuesta a los resultados de auditoría se tramita en el término de dos (2) meses, surtirá las mismas etapas del procedimiento de verificación y control para pago de las reclamaciones ante el FOSYGA o quien haga sus veces y será objeto de comunicación a los reclamantes en las mismas condiciones establecidas en los artículos 22 y 23 del presente acto administrativo, indistintamente de la fecha de presentación de la reclamación inicial.

Siempre que en la respuesta a los resultados de auditoría el reclamante aporte un nuevo documento, este será objeto de una auditoría integral complementandola realizada a la reclamación inicial y solo respecto de este nuevo documento será posible la aplicación de una nueva glosa, la cual podrá ser objeto de respuesta por una única oportunidad.

Cuando el término de dos (2) meses mencionado en párrafos anteriores concluyeen un día fuera del periodo de pre-radicación, se habilita a las IPS el siguiente periodo de pre-radicación para tal fin.

Cuando se identifique por parte de un mismo reclamante el doble cobro de una reclamación o ítem de la misma o cuando las personas jurídicas radiquen la

respuesta al resultado de auditoría sin indicar el número de radicado completo y exacto de la radicación inicial, esta situación se pone en conocimiento de las entidades de inspección, vigilancia y control del sector para lo de su competencia.

Las reclamaciones cuyo resultado de auditoría sea no aprobado, son objeto de custodia por el FOSYGA, a través de la firma auditora de reclamaciones, o quien haga sus veces, durante el término de respuesta señalado anteriormente. Si pasado este tiempo, dicha reclamación no es objeto de respuesta por parte del reclamante, se entiende por aceptada la glosa y se procede dentro del mes siguiente a la devolución definitiva de la reclamación. En caso de que no sea posible la devolución de la reclamación, ésta será objeto de custodia por el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA o quien haga sus veces, por el término dispuesto en la normativa vigente.

● Etapa de pago.

Inicia con la certificación de cierre del paquete en el Sistema de información del FOSYGA o quien haga sus veces, y culmina con el giro al beneficiario de los valores aprobados en el mencionado paquete o con la extinción del derecho a recibir dicho pago, según corresponda.

El giro o pago de las reclamaciones aprobadas total o parcialmente que se radiquen ante la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA,se efectúa directamente al beneficiario debidamente identificado, a través de una cuenta bancaria a nombre de este, en una entidad financiera vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo.

Teniendo en cuenta el procedimiento descrito, es necesario que las IPS agoten todas las etapas que lo integran para que exista una respuesta al trámite de auditoría efectuado en donde se accede o no a la solicitud de pago en favor de la entidad reclamante.

DE LOS REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS RECLAMACIONES

En cuanto al proceso operativo de las reclamaciones, en términos generales se tiene que cuando se radica una reclamación para surtir el trámite de auditoría médica, jurídica y financiera, el encargado le impone a la reclamación un *sticker* con UN

NÚMERO ÚNICO DE RADICACIÓN, que permite identificarla en la base de datos del ente auditor; esto obedece a que todas las EPS, IPS o personas naturales a nivel nacional presentan solicitudes de recobro o reclamación, lo que impide una identificación inequívoca por números de factura, ya que éstas pueden coincidir en su numeración, valor, prestador, entre otros.

Radicada la reclamación, el administrador fiduciario o el ente auditor, de acuerdo ala fecha de presentación de la reclamación, realiza una auditoría integral de conformidad con la normatividad vigente al momento de la presentación de la reclamación, quien realiza una evaluación selectiva por muestreo de cada paquete y las reclamaciones aprobadas se envían a la ADRES para la correspondiente ordenación del gasto y autorización de giro, pero aquellas que no resulten aprobadas son devueltas a la entidad reclamante, con indicación de las causales de glosa, es decir, describiendo el motivo que impide su aprobación.

Ahora bien, la responsabilidad de presentar las reclamaciones en debida forma está en cabeza de cada entidad, ya que el sistema otorgó losmecanismos necesarios para lograr el pago de los servicios o indemnizaciones, regulando el trámite y procedimiento con el cual no solo se garantiza el debido proceso de las entidades, sino además la incolumidadde los recursos púbicos de la salud. El hecho de que exista un procedimiento especial para el trámite de las reclamaciones y el deber de acreditar en debida forma el derecho al pago por las IPS o las personas naturales, **implica que la simple radicación de la solicitud no es generadora de derechos, ni implica su aceptación.**

Por otra parte, en relación con los requisitos establecidos en la normatividad para lapresentación y pago de las reclamaciones, es necesario precisar que si bien es ciertoel derecho a reclamar está consagrado en la normatividad vigente, también lo es que esa misma normatividad establece los requisitos que deben cumplir las solicitudes que se hagan en tal sentido. Al respecto, el Honorable Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera dentro de la acción popular 25000-23-25-000-2005-00355-01, Consejero Ponente Enrique Gil Botero de febrero21 de 2007, manifestó:

> *"Sobre las imputaciones de corrupción, derivadas de una supuesta tramitomanía y, por ende, de la violación al decreto 2150 de 1995, concluyó que son inaceptables, porque un argumento en tal sentido debió ser denunciado ante las autoridades respectivas. Para reforzar elplanteamiento indicó:*

> *"Debe precisarse, en todo caso, que la circunstancia de haberse expedido el decreto 2150 de 1995, en nada impide la fijación de las condiciones y requisitos que acorde con la ley resulten indispensables, más aún si se trata de reconocimientos de carácter económico que se financian con recursos de la seguridad social y que por lo tanto deben estar salvaguardados en cuanto a su correcta destinación, con mayor razón si se tiene en cuenta que las regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios que se suprimen y/o reformaron, fueron los expresamente dispuestos en el precitado decreto ley y en ninguna parte del mismo se dispuso la supresión de trámites y procedimientosrelativos al reconocimiento de prestaciones económicas y obligaciones propias de la seguridad social como para pensar que no resulte procedente establecer las condiciones indispensables para el pago en debida forma de este tipo de obligaciones como lo hace la resolución 3797 de 2004" (fl. 174 cdno. 1)*

En este orden de ideas, en ejercicio de su facultades legales y en procura de mantener la incolumidad de los recursos públicos de la salud, establece los requisitos que deben cumplir las reclamaciones; pues con arreglo a lo expresado por el Consejo de Estado en la jurisprudencia citada, tratándose de reconocimientos económicos con cargo a recursos públicos, indispensablemente deben existir condiciones y requisitos para acceder a los mismos, máxime tratándose de recursos de la seguridad social en salud.

En conclusión, **el pago de las reclamaciones se encuentra sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley**, los cuales garantizan elflujo adecuado de los recursos del sistema de salud, evitando fraudes y pagos indebidos; además la radicación de una reclamación ante el ente auditor de manera alguna implica aceptación, ya que la imposición de un *sticker* o sello de radicación, es tan solo la fase inicial de un procedimiento administrativo reglado, para que se surta el trámite de auditoría integral, a través de la cual se verifica el cumplimiento de las condiciones fijadas por la Ley.

Por otra parte, resulta necesario precisar que además de lo establecido en los decretos y resoluciones que regulan esta materia, se tienen como requisitos para lapresentación de reclamaciones, en el marco de lo dispuesto en el Decreto Ley

1281de 2002, el Decreto 3990 de 2007, la Resolución 1915 de 2008, Resolución 1136 de 2012, Resolución 1645 de 2016 principalmente, los siguientes:

"REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONESSERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

COBERTURA

1. *Hasta 800 salarios mínimos diarios legales vigentes (SMLDV) en el momento del accidente.*
2. *Hasta 300 SMLDV cuando se trata del excedente de la póliza SOAT en casode vehículo asegurado, para eventos anteriores al 10 de julio de 2012 conforme lo dispone el Decreto 967 de 2012.*

FORMULARIO

Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos – FURIPS Resolución 1915 de 2008.

¿QUIÉN PUEDE RECLAMAR?

La Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, habilitada, que hubiere prestado los servicios.

REQUISITOS

1. *Formulario FURIPS.*
2. *Anexo Técnico estructura Circular Externa 179761 de 2008.*
3. *Para los Prestadores de los Servicios de Salud, el anexo técnico, deberá contener la firma digital del Representante legal.*
4. *Soporte médico de la atención, Epicrisis (Resolución 3374 de 2000); Copiade la atención de Urgencias; copia de la atención ambulatoria.*
5. ***Accidente de Tránsito:** Certificación médica que las lesiones presentadas son secundarias a accidente de tránsito.*

6. ***Evento Catastrófico:** Certificación expedida por la autoridad competentede que la víctima hace parte del censo elaborado por los Comités Localesy/o Regionales de Emergencias a los que se refiere el Decreto 919 de 1989, o normas que la modifiquen o deroguen, por tratarse de una persona afectada*

directamente por el evento.

7. ***Evento Terrorista:*** *Certificación expedida por una de las siguientes autoridades: el Alcalde del respectivo municipio o distrito, la Personería Municipal o Distrital o quien haga sus veces, en su ausencia, las autoridades correspondientes de la Policía Nacional o del Ejército o, en últimas, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Dirección General Unidad Administrativa Especial para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior y de Justicia, respecto de que la persona ha sufrido las consecuencias de alguno de los eventos.*

8. *Factura o cuenta de cobro requisitos Art 617 Estatuto Tributario.*

9. *Detalle de los servicios prestados de acuerdo al Decreto 2423 de 1996.En caso de póliza SOAT vigente, Certificación de agotamiento de topeeventos previos a la entrada en vigencia del Decreto 967 de 2012.*

TÉRMINOS PARA PRESENTAR LAS RECLAMACIONES

TÉRMINO	***NORMA***	***VIGENCIA***
1 año	*Artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012*	*Para aquellos casos en que se generó el derecho a reclamar ante el FOSYGA entre el 10 de enero de 2012 y el 8 de junio de 2015.*
3 años	*Artículo 73 de la Ley 1753 de 2015*	*Para aquellos casos en que se generó el derecho a reclamar ante el FOSYGA desde el9 de junio de 2015.*

En consecuencia, cumpliendo las Instituciones Prestadoras de Salud con el lleno de los requisitos anteriormente relacionados, la entidad contratada para realizar el proceso de auditoría integral médica, jurídica y financiera a cada una de las reclamaciones validando los soportes que la acompañan, lo cual permite verificar laviabilidad o no de la reclamación, y cuyos resultados determinan la aprobación

totalo parcial de las reclamaciones, o la negación por no reunir los requisitos exigidos.

En el mismo sentido, en desarrollo del literal "c" de la Ley 1753 de 2015, la Resolución 4244 de 2015[2] en el artículo décimo consagró los requisitos esenciales para este mecanismo excepcional:

> "***ARTÍCULO 10. REQUISITOS OBJETO DE VERIFICACIÓN EN EL NUEVO PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL A LAS RECLAMACIONES.*** **Para el reconocimiento de las reclamaciones que sepresenten en virtud de la medida de que trata esta resolución, la auditoría integral se surtirá conforme a los siguientes requisitos ycriterios de validación:**
>
> *1. El usuario existía al momento de la prestación del servicio y/o al beneficiario le asistía el derecho. Para el efecto, se realizarán las validaciones con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC).*
>
> *2. Se evidencia en los soportes documentales de la reclamación, relaciónentre los servicios y tecnologías en salud reclamados con el evento que origina la reclamación.*
>
> *3. Los ítems o conceptos reclamados no han sido objeto de reconocimiento o pago por el Fosyga o por otra entidad, en los términosde los Decretos 3990 de 2007 o 056 de 2015 y no podrán ser diferentesa los previamente glosados.*
>
> *4. Los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentran soportados en la epicrisis o en el documento que da cuenta de la atenciónbrindada, según corresponda.*
>
> *5. Los servicios y tecnologías en salud reclamados se soportan en una factura o documento equivalente, en la que se evidencia:*
>
> *a) Nombre e identificación de la víctima a la cual se suministró el servicio.*

[2] *"por la cual se establecen los términos, formatos y requisitos para el reconocimiento y pago de los recobrosy las reclamaciones en virtud de lo dispuesto en el literal c) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015."*

b) Detalle de factura con código, descripción, valor unitario, valor total y cantidad del medicamento, servicio médico-quirúrgico, de transporte o prestación de salud, procedimiento o servicio facturado, y

c) Para reclamaciones por atención a víctimas de accidentes de tránsitocon vehículo asegurado en el caso de continuidad intrahospitalaria con dos o más pagadores, se requiere copia del detalle de la factura presentada a la aseguradora.

6. El valor de los ítems facturados y reclamados se encuentra liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente y aplicable y estos no podrán ser superiores a los valores previamente glosados.

7. La información registrada en los soportes documentales, formatos y medios magnéticos allegados es consistente frente a la víctima, al beneficiario, los servicios prestados, las fechas y el evento del que se deriva la reclamación.

8. Tanto la entidad reclamante como los servicios objeto de la reclamación se encuentran habilitados para la fecha de prestación de servicio.

9. Se evidencia en los soportes documentales y en medio magnético dela reclamación, coincidencia entre la entidad reclamante con la institución que prestó los servicios de salud

10. La condición de víctima se acredita según el evento y conforme a lo establecido en los Decretos 3990 de 2007 o 056 de 2015, segúncorresponda para la fecha de ocurrencia del evento.

11. Los servicios de salud reclamados se prestan a la víctima por la cualse reclama.La persona que reclama en nombre propio o a través de apoderado es el beneficiario de la reclamación, de acuerdo con lo establecido en los Decretos 3990 de 2007 o 056 de 2015, según la fecha de ocurrencia del evento.

12. Las reclamaciones presentadas no son objeto de investigación

administrativa o judicial de naturaleza penal.

13. Los ítems o conceptos reclamados no son diferentes, ni los valores presentados son superiores a los inicialmente glosados.

14. Para los casos en los cuales se reclame por la pérdida de capacidad laboral, se verificará:

a) Que la pérdida de capacidad laboral se derive de un evento cubierto por la Subcuenta ECAT.
b) Calificación de la pérdida de capacidad laboral dentro del término máximo establecido de acuerdo con la norma que le sea aplicable, contado a partir de la fecha de ocurrencia del evento.

15. Para los casos en los cuales se reclame por los amparos de muerte ogastos funerarios, se verificará que el fallecimiento de la víctima se hubiere dado dentro del año siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente de tránsito.
PARÁGRAFO. Cuando la reclamación corresponda a atenciones en salud derivadas de accidentes de tránsito con vehículo asegurado, cuya ocurrencia del evento sea anterior al 10 de julio de 2012, deberá anexarse la certificación de agotamiento de cobertura de la respectiva aseguradora, que expidió el SOAT."

Finalmente, la Resolución 1645 de 2016[3], estableció el procedimiento, requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas de las que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, así mismo, en el artículo 17 establece los requisitos mínimos de verificación para procedencia de la reclamación:

"ARTÍCULO 17. DESARROLLO DE LA ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL. *Durante esta etapa, que se desarrolla dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre del periodo de radicación, el Fosyga o quien haga sus veces realiza la validación del cumplimiento de los aspectos mínimos de*

[3] *"Por la cual se establece el procedimiento para el trámite de las reclamaciones, con cargo a la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, y se dictan otras disposiciones.*

verificación consignados a continuación, mediante el análisisde la información suministrada por el reclamante en las etapas de pre- radicación y radicación: A. Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud:

Que la información contenida en los medios magnéticos del formulariode que trata el numeral anterior, sea consistente con los soportes físicosde la reclamación.

1. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer ypagar la reclamación presentada.
2. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.
3. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por elFosyga o por otra entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
4. Que exista relación de los servicios y tecnologías en salud reclamadoscon el evento que origina la reclamación.
5. Que los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentren soportados en los documentos de epicrisis o resumen de atención, segúncorresponda.
6. Que en la factura de venta o documento equivalente generado por elreclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.
7. Que el valor de los ítems facturados y reclamados se encuentre liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.
8. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.

9. Que los servicios de salud cobrados se encontraban habilitados por el reclamante para la fecha de prestación de los mismos.
10. Que la entidad reclamante sea la misma que prestó el servicio de salud.
11. Que la víctima existía al momento de la prestación del servicio de salud.
12. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo

modifique o sustituya y en la presente resolución.

13. Que los servicios de salud reclamados se prestaron a la víctima por la cual se reclama.

14. Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por incapacidadpermanente:

Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social estécompleta y correctamente diligenciado de acuerdo al Instructivo correspondiente.

15. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer ypagar la reclamación presentada.

16. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.

17. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por elFosyga o por otra entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.

18.Que la pérdida de capacidad laboral permanente del reclamante guarde relación directa con el evento.

19. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.

20. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.

21. Que la calificación de la pérdida de capacidad laboral se haya generadodentro del término máximo establecido en el artículo 15 del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.

B. Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones de indemnización por muerte y gastos funerarios:

1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social estécompleta y correctamente diligenciado de acuerdo al Instructivo correspondiente.

2. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer ypagar la reclamación presentada.

3. Que la reclamación se presente dentro del término establecido

en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.

4. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por elFosyga o por otra entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.

5. Que la muerte de la víctima guarde relación directa con el evento.

6. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.

7. Que el fallecimiento de la víctima se genere dentro del año siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente de tránsito.

8. Que el beneficiario exista y se acredite su condición en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituyay de la presente resolución.

9. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.

C. Aspectos mínimos de verificación para el pago de la indemnización porgastos de transporte desde el sitio de ocurrencia del evento al primer sitio de atención:

1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social estécompleta y correctamente diligenciado de acuerdo al instructivo correspondiente.

2. Que la información contenida en el medio magnético del formulario con el que se presente la reclamación sea consistente con los soportes físicos de la reclamación.

3. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer ypagar la reclamación presentada.

4. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.

5. Que en la factura de venta o documento equivalente generado por elreclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.

6. Que el servicio de transporte reclamado sea consecuencia de un evento reconocido por la Subcuenta ECAT del Fosyga.

7. Que el valor del ítem facturado y reclamado se encuentra

liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.

8. Que los valores reclamados no han sido reconocidos o pagados por elFosyga o por otra Entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.

9. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.

10. Que el reclamante corresponda a quien realizó el traslado de la víctima. Si la entidad reclamante es una IPS, se verificará que la mismatenga habilitado el servicio de transporte asistencial para la fecha de prestación del servicio.

11. Que los servicios de transporte se prestaron a la víctima por la cual se reclama.

12. Que los servicios de transporte se encuentran soportados en los documentos previstos en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.Que la información presentada por el reclamante sea consistente.

PARÁGRAFO 1o. La validación del cumplimiento de criterios se efectuará de conformidad con lo establecido en el Manual de Auditoría que adopteeste Ministerio, a través de la Dirección de Administración de Fondos dela Protección Social o quien haga sus veces.

PARÁGRAFO 2o. En el evento que las personas naturales reclamantes requieran modificar o actualizar los datos inicialmente suministrados y diligenciados en el formulario con el cual se presentó la reclamación, y laetapa de auditoría no haya concluido, deberán radicar documento escrito ante el Fosyga o quien haga sus veces, solicitando la devolución de la misma, lo cual generará la devolución de la reclamación a la etapa de radicación y la aplicación de lo dispuesto en el parágrafo 2o del artículo 15 del presente acto administrativo.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Dentro del mes siguiente a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, la firma de auditoría

de recobros y reclamaciones, con base en la auditoría integral realizada, procederá a generar el estado a aquellas reclamaciones que se encuentren en trámite de verificación de autenticidad y veracidad de soportes y hayan superado el término de dos (2) meses contado a partir del cierre del periodo de radicación correspondiente."

IV. EXCEPCIÓNES

PRESCRIPCIÓN.

Cuando las entidades demandantes pretenden a través del proceso ordinario laboral el reconocimiento de derechos y el pago de presuntas obligaciones, tendrán que atenerse a lo dispuesto por el artículo 488 del Código Sustantivo del Trabajo y de laSeguridad Social, que reza:

"ARTÍCULO 488. REGLA GENERAL. Las acciones correspondientes a los derechos regulados en este código prescriben en tres (3) años, que se cuentan desde que la respectiva obligación se haya hecho exigible, salvo enlos casos de prescripciones especiales establecidas en el Código Procesal delTrabajo o en el presente estatuto."

Al tratarse de obligaciones sujetas a condición y a un procedimiento administrativo especial para su reconocimiento, es claro que a partir de la comunicación que notifica la condición de fallida de la obligación, esto es la fecha de devolución de las reclamaciones, se contabilizará el término de prescripción a partir de esa fecha.

A su vez debe contemplar las disposiciones contenidas en el artículo 7 del Decreto 1281 de 2002 según el cual *"Las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades territoriales y el Fosyga, se deberán presentar a más tardar dentro de losseis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas. Vencido este término no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias."*

En concordancia con la normativa anteriormente enunciada, mencionar la expedición del Decreto 019 de 2012, la denominada "Ley antitrámites", en la cual se estableció en su artículo 111 *"las reclamaciones o cualquier tipo de cobro que deban atendersecon cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del FOSYGA*

se deberán presentar ante el FOSYGA en el término máximo de (1) año contado a partir de la fecha de la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrenciadel evento, según corresponda" (Negrillas fuera del texto). Y en su parágrafo se señaló:

> *"Por única vez, el FOSYGA reconocerá y pagará todos aquellos recobros y/o reclamaciones cuya glosa aplicada en el proceso de auditoria haya sido únicamentela de extemporaneidad y respecto de la cual el resultado se haya notificado a la entidad reclamante y/o recobrante, antes de la entrada en vigencia de la presente disposición, siempre y cuando no haya operado el fenómeno de la caducidad previstoen el numeral 8 del artículo 136 del C.C.A., o en la norma que lo sustituya, previa nueva auditoría integral, que deberá ser sufragada por la entidad reclamante o recobrante, según sea el caso, en los términos y condiciones que para el efecto fijeel Ministerio de Salud y Protección Social"*

De otra parte, debe en su exposición de argumentos, citar el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo País" señaló en su literal a:

> *"El término para efectuar reclamaciones o recobros que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga será de tres (3) años a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin habersepresentado la reclamación o recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para el Fosyga."*

Finalmente debe hacer alusión a la Resolución 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se estableció el trámite de las reclamaciones, con cargo a la Subcuenta ECAT del FOSYGA ahora ADRES, en su artículo 7 se señaló el término para radicar reclamaciones así:

Término	***Norma***	***Vigencia***
1 año	*Artículo 111 del Decreto Ley 019 de*	*Para aquellos casos en que se generó el derecho a reclamar ante el FOSYGA entre*

	2012	*el 10 de enero de 2012 y el 8 de junio de 2015*
3 años	*Artículo 73 de la Ley 1753 de 2015*	*Para aquellos casos en que se generó el derecho a reclamar ante el FOSYGA desde el 9 de junio de 2015*

El Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá, manifestó que no es posible aplicar el artículo 151 del C.P.L, pues si bien el Consejo Superior de la J. asignó el conocimiento de los conflictos jurídicos a la jurisdicción ordinaria (en ese momento) lo cierto, es que para los recobros y las reclamaciones existe una normatividad propia que imposibilita al juez laboral de hacer inescindibilidad de las normas aplicando solo lo que le favorezca a la parte demandante, para lo cual se trae la sentencia proferida por el Tribunal Superior de Bogotá, Ponente Marleny Rueda Olarte; proceso 11001310501220140042101 de 14 de noviembre de 2017, donde la Corporación concluyó lo siguiente:

> *"se aplica entonces como veníamos diciendo el artículo 122 del Decreto 019 de2012 reglamentado por el decreto 1865 de 2012 y desarrollado por la Resolución del MSPS 2977 de 2012 en donde se establece el procedimiento para saneamiento de cuentas por recobro y sin duda alguna se estipula el termino decaducidad que contempla la Ley para la reparación directa del C.C.A. que es de2 años tal como lo señala el juez de 1ra instancia.*
>
> *Dicha norma aplicada por el juez y con la que se encuentra inconforme la parteactora, para la sala es la que aplica en este especifico caso, de 2 años, pues nopuede dársele el tratamiento de un proceso ordinario, dado que en virtud de ladecisión del Consejo Superior de la Judicatura, la que alude el juez este tema fue asignado a la jurisdicción laboral ordinaria, para ser tramitado como un proceso ordinario, pero deben aplicarse las normas expresas que existan para este tipo de recobros.*

INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN

Por ausencia de causa legal de la obligación por cuanto ADRES no tiene ni la competencia,ni la función de asumir responsabilidades de entidades diferentes a ella.

Por la normativa vigente y aplicable al caso concreto, no hay lugar a realizar reconocimiento alguno a favor del actor, por cuanto la ADRES toma los datos remitidos por la EPS para realizar la provisión, sin que esto signifique que debe realizar el reconocimiento y pago de las mismas, dicha obligación recae en la EPS en la que se encuentra el afiliado.

COBRO DE LO NO DEBIDO

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES en calidad de vinculada en el sub examine, no debe a la parte actora lo reclamado, en razón a la normatividad antes descrita corresponde a la EPS el reconocimiento y pago de las incapacidades por enfermedad general.
En razón de lo anterior, si ruego al H. Juez declarar probadas las excepciones propuestas a favor de mi representada, y subsidiariamente, no acceder a las súplicas de la demanda y condenar en Es un hecho que a mi representada no le consta, a la parte actora.

FALTA DE JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

Las excepciones previas tienen como finalidad el saneamiento del proceso y no acelerar su terminación; es decir, su proposito es mejorarlo, enderezarlo, sanearlo o encaminar el trámite procesal.

Por lo anterior, es necesario poner de presente a su despacho la decisión que fuera tomada por la Sala Plena de la Corte Suprema de Justicia, Máximo órganode decisión de la jurisdicción ordinaria, en donde en un caso similar en donde se debatían si los recobros demandados se encontraban excluidos o no del POS, la Corte remitió el expediente a la jurisdicción Contenciosa Administrativa bajo los siguientes argumentos:

La competencia es institución que corresponde a la reglamentación del ejercicio de la jurisdicción a fin de distribuirla entre los distintos jueces en cada etapa o instancia procesal, partiendo de consideraciones sobre los sujetos, materia, cuantía y territorio, lo que marca una ostensible diferencia con la jurisdicción, puesto que aquella es la especie y ésta última el género.

De esta manera, la competencia otorga a cad
poder de conocer determinada porción d
que la jurisdicción correspo
conjunto. Al res
de est

> *Concebida la competencia como la potestad o facultad para conocer y decidir determinados asuntos, en procura de la eficiencia, eficacia y orden en la administración de justicia, el legislador en ejercicio de su poder de configuración normativa, la distribuye entre los diferentes jueces, adscribiéndola a uno en particular, conforme a los conocidos fueros por materia (ratione materia) y cuantía (lex rubria) del proceso (factor objetivo), la calidad de las partes (ratione personae, factor subjetivo), naturaleza de la función (factor funcional), conexidad, economía o unicidad procesal (fuero de atracción, autos de 30 de septiembre de 1993 y 6 de octubre de 1994) y lugar (factor territorial), está delimitada conforme "a los denominados fueros o foros (...) (CCLXI, 48).* (SC 1° jul. 2009, Rad. 2000-00310-01).

Esta garantía entonces se materializa en el establecimiento de reglas claras que permitan al justiciable prever el sujeto que habrá de estar encargado de conocer y resolver cada uno de los tópicos materia de decisión; para ello, la competencia se ordena por normas **imperativas concretas**, contentivas de reglas de **orden público e interés general** que en principio se predican **inmodificables, improrrogables, indelegables y susceptibles de sanción** por vía de anulación de las conductas que vulneran la prerrogativa constitucional del debido proceso.

De los argumentos de la Corte frente al caso en concreto: En la providenciade marras, la Corte realizó el siguiente estudio frente al caso que nos ocupa, el cual

se reitera tiene similitud fáctica por debatirse en el tema de reclamaciones y/o recobros que fueron glosados incluir servicios y/o medicamentos que se encontraban dentro del POS:

> controversia ha de zanjarse en el marco de la
> general de la jurisdicción
> previst

Como conclusión la corte señaló: Con base en los argumentos esgrimidos en este caso de similitud fáctica, el Alto Tribunal decidió que la competencia debería ser asumida por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, así:

> Es claro entonces que los litigios surgidos con ocasión de la devolución, rechazo o glosas de las facturas o cuentas de cobro por servicios, insumos o medicamentos del servicio de salud NO incluidos en el Plan obligatorio de Salud –NO
>
> POS-, deben zanjarse en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, por expresa competencia de la Ley 1437 de 2011.

ARTÍCULO 104. DE LA JURISDICCIÓN DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. La Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo está instituida para conocer, además de lo dispuesto en la Constitución Política y en leyes especiales, de **las controversias y litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones, sujetos al derecho administrativo, en los que estén involucradas las entidades públicas,** o los particulares cuando ejerzan función administrativa.parte de su argumento para determinar la competencia de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, me permito citar la sentencia de la Corte Constitucional **C- 496 de 2015,** en donde se refiere a esta garantía fundamentalde las partes procesales:

> "El derecho al juez natural
>
> El derecho al juez natural es la garantía de ser juzgado por el juez legalmente competente para adelantar el trámite y adoptar la decisión de fondo respectiva, el cual debe ser funcionalmente independiente, imparcialy estar sometido solamente al imperio de la ley (Arts. 228 y 230 C. Pol.).

En este sentido, el juez natural es aquél a quien la Constitución o la Ley lehan asignado el conocimiento de ciertos asuntos para su definición, cuya determinación está regida por dos principios: la *especialidad*, pues el legislador deberá consultar como principio de razón suficiente la naturaleza del órgano al que atribuye las funciones judiciales, y de otro lado, la *predeterminación* legal del Juez que conocerá de determinados asuntos, lo cual supone: *"i) que el órgano judicial sea previamente creadopor la ley; ii) que la competencia le haya sido atribuida previamente al hecho sometido a su decisión; iii) que no se trate de un juez por fuera dealguna estructura jurisdiccional (ex post) o establecido únicamente para el conocimiento de algún asunto (ad hoc); y iv) que no se someta un asunto a una jurisdicción especial cuando corresponde a la ordinaria o se desconozca la competencia que por fuero ha sido asignada a determinadaautoridad judicial."*

La exigencia de que se haya asignado normativamente competencia no basta para definir este concepto, pues el derecho en cuestión exige adicionalmente que no se altere *"la naturaleza de funcionario judicial"* y que no se establezcan jueces o tribunales ad-hoc. Ello implica que previamente se definan quiénes son los jueces competentes, *"que estos tengan carácter institucional y que una vez asignada –debidamente- competencia para conocer un caso específico, no les sea revocable el conocimiento del caso, salvo que se trate de modificaciones de competencias al interior de una institución".*

En virtud de lo anterior, el derecho al juez natural comprende una doble garantía en el entendido de que asegura *"al sindicado el derecho a no serjuzgado por un juez distinto a los que integran la Jurisdicción, evitándosela posibilidad de crear nuevas competencias distintas de las que comprende la organización de los jueces; e igualmente una garantía parala Rama Judicial en cuanto impide la violación de principios de independencia, unidad y "monopolio" de la jurisdicción ante las modificaciones que podrían intentarse para alterar el funcionamiento ordinario"*

3.5.4.2. Derecho a ser juzgado con las formas propias de cada juicio

El derecho a ser juzgado con la plenitud de las formas propias de cada juicio implica el establecimiento de esas reglas mínimas procesales,

En este sentido, el debido proceso es precisamente el conjunto de etapas,exigencias o condiciones establecidas por la ley, que deben concatenarseal adelantar todo proceso judicial o administrativo.

La Corte ha hecho énfasis, así mismo en que el cumplimiento de las formas propias del juicio no debe entenderse como una simple sucesión de formas, requisitos y términos, sino que se requiere comprender su verdadero sentido vinculado de manera inescindible con el respeto y efectividad de los derechos fundamentales, por ello, su cumplimiento deberevelar a cada paso el propósito de protección y realización del derecho material de las personas.

normas que rigen la nulidad por falta de jurisdicción y competencia

"ARTÍCULO16.PRORROGABILIDADE IMPRORROGABILIDAD DE LA JURISDICCIÓN Y LA **COMPETENCIA.** La jurisdicción y la competencia por los factores subjetivo y funcional son improrrogables. Cuando se declare, de oficio o a petición de parte, la falta de jurisdicción o la falta de competencia por los factores subjetivo o funcional, lo actuado conservará validez, salvo la sentencia que se hubiere proferido que será nula, y el proceso se enviará de inmediao al juez competente. Lo actuado con posterioridad a la declaratoria de faltade jurisdicción o de competencia será nulo.

La falta de competencia por factores distintos del subjetivo o funcional es prorrogable cuando no se reclame en tiempo, y el juezseguirá conociendo del proceso. Cuando se alegue oportunamente para los procesos que se adelantan en las distintas materias jurídicas pues, en todo aquello que no haya sido expresamente previsto por la Carta, debe advertirse un espacio apto para el ejercicio del poder de configuración normativa que el pueblo ejerce a través de sus representantes. La distinta regulación del debido proceso a que pueda haber lugar en las diferentes materias jurídicas, siempre que se respeten los valores superiores, los principios constitucionales y los derechos fundamentales, no es más que el fruto

de un proceso deliberativo en el que, si bien se promueve el consenso, también hay lugar para el disenso pues ello es así ante la conciencia que se tiene de que, de cerrarse las puertas a la diferencia, se desvirtuarían los fundamentos de legitimidad de una democrac ia constitucional." o actuado conservará validez y el proceso se remitirá al juez competente.

> ***ARTÍCULO 132. CONTROL DE LEGALIDAD**. Agotada cada etapadel proceso el juez deberá realizar control de legalidad para corregiro sanear los vicios que configuren nulidades u otras irregularidadesdel proceso, las cuales, salvo que se trate de hechos nuevos, no sepodrán alegar en las etapas siguientes, sin perjuicio de lo previsto para los recursos de revisión y casación.*
>
> ***ARTÍCULO 133. CAUSALES DE NULIDAD**. El proceso es nulo, entodo o en parte, solamente en los siguientes casos:*
>
> *1. Cuando el juez actúe en el proceso **después de declarar** la faltade jurisdicción o de competencia.*
>
> *2. Cuando el juez procede contra providencia ejecutoriada del superior, revive un proceso legalmente concluido o pretermiteíntegramente la respectiva instancia.*
>
> *3. Cuando se adelanta después de ocurrida cualquiera de lascausales legales de interrupción o de suspensión, o si, en estos casos, se reanuda antes de la oportunidad debida.*
>
> *4. Cuando es indebida la representación de alguna de las partes, ocuando quien actúa como su apoderado judicial carece íntegramente de poder.*
>
> *5. Cuando se omiten las oportunidades para solicitar, decretar o practicar pruebas, o cuando se omite la práctica de una prueba quede acuerdo con la ley sea obligatoria.*
> *6. Cuando se omita la oportunidad para alegar de conclusión o parasustentar un recurso o descorrer su traslado.*
>
> *7. Cuando la sentencia se profiera por un juez distinto del*

que escuchó los alegatos de conclusión o la sustentación del recurso deapelación.

8. Cuando no se practica en legal forma la notificación del auto admisorio de la demanda a personas determinadas, o el emplazamiento de las demás personas aunque sean indeterminadas, que deban ser citadas como partes, o de aquellasque deban suceder en el proceso a cualquiera de las partes, cuandola ley así lo ordena, o no se cita en debida forma al Ministerio Públicoo a cualquier otra persona o entidad que de acuerdo con la ley debióser citado.
Cuando en el curso del proceso se advierta que se ha dejado de notificar una providencia distinta del auto admisorio de la demandao del mandamiento de pago, el defecto se corregirá practicando la notificación omitida, pero será nula la actuación posterior que dependa de dicha providencia, salvo que se haya saneado en la forma establecida en este código.PARÁGRAFO. Las demás irregularidades del proceso se tendrán porsubsanadas si no se impugnan oportunamente por los mecanismosque este código establece.

*A**RTÍCULO 134. OPORTUNIDAD Y TRÁMITE.** Las nulidades podrán alegarse en cualquiera de las instancias antes de que se dicte sentencia o con posteridad a esta, si ocurrieren en ella.*
(…)

***ARTÍCULO 135. REQUISITOS PARA ALEGAR LA NULIDAD**. La parte que alegue una nulidad deberá tener legitimación para proponerla, expresar la causal invocada y los hechos en que se fundamenta, y aportar o solicitar las pruebas que pretenda hacer valer.*

No podrá alegar la nulidad quien haya dado lugar al hecho que la origina, ni quien omitió alegarla como excepción previa si tuvo oportunidad para hacerlo, ni quien después de ocurrida la causal haya actuado en el proceso sin proponerla.

(…)

El juez rechazará de plano la solicitud de nulidad que se funde en causal distinta de las determinadas en este capítulo o en hechos que pudieron alegarse como excepciones previas, o la que se proponga después de saneada o por quien carezca de legitimación.

***ARTÍCULO 136. SANEAMIENTO DE LA NULIDAD**. La nulidad se considerará saneada en los siguientes casos:*

1. Cuando la parte que podía alegarla no lo hizo oportunamente oactuó sin proponerla.
(…)

PARÁGRAFO. Las nulidades por proceder contra providencia ejecutoriada del superior, revivir un proceso legalmente concluido o pretermitir íntegramente la respectiva instancia, son insaneables.

ARTÍCULO 138. EFECTOS DE LA DECLARACIÓN DE FALTA DE JURISDICCIÓN O COMPETENCIA Y DE LA NULIDAD DECLARADA.

Cuando se declare la falta de jurisdicción, o la falta de competencia por el factor funcional o subjetivo, lo actuado conservará su validez y el proceso se enviará de inmediato al juez competente; pero si se hubiere dictado sentencia, esta se invalidará.

La nulidad solo comprenderá la actuación posterior al motivo que laprodujo y que resulte afectada por este. Sin embargo, la prueba practicada dentro de dicha actuación conservará su validez y tendráeficacia respecto de quienes tuvieron oportunidad de controvertirla,y se mantendrán las medidas cautelares practicadas.

El auto que declare una nulidad indicará la actuación que debe renovarse.

***ARTÍCULO 328. COMPETENCIA DEL SUPERIOR**.*
El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por laley.

(…)

El juez no podrá hacer más desfavorable la situación del apelante único, salvo que en razón de la modificación fuera indispensable reformar puntos íntimamente relacionados con ella.

En el trámite de la apelación no se podrán promover incidentes, salvo el de recusación. Las nulidades procesales deberán alegarse durante la audiencia."

PRESCRIPCIÓN

La presente excepción únicamente tiene vocación de prosperar, en el caso hipotético en que se llegara a determinar algún tipo de obligación por parte de la ADRES, en su primera radicación y además de forma extemporánea, momento desde el cual sele indicó que debía realizar la reclamación ante la aseguradora dada la existencia dela póliza SOAT vigente. Con relación a este fenómeno o institución jurídica que se presenta con el paso del tiempo y que trae como consecuencia ciertos efectos jurídicos, bien sea de consolidar situaciones de hecho o extinguir derechos, es necesario indicar que ya se habría configurado con respecto a esta Entidad, si existiese obligación de pago

A. EXCEPCIÓN DE FONDO

- **CULPA EXCLUSIVA DE LA ENTIDAD RECLAMANTE**

En el presente asunto, la IPS pretende que se declare una obligación a cargo del Estado, para lo cual alega haber sufrido un perjuicio económico que se configura enel hecho del no pago de las sumas de dinero recobradas, es decir que el objeto de esta demanda es el pago de recobros que no cumplieron con los requisitos señaladosen la norma aplicable para la época en que fue realizada su auditoría, o de recobros tratan de prestaciones contenidas en planes de beneficios, o en recobros presentados extemporáneamente para trámite; luego se infiere que **la conducta de la actora, es el hecho determinante que originó la imposición de las glosas descritas a lo largo de este escrito, por lo cual no se puede atribuir responsabilidad alguna al Estado.**Aunado lo anterior se concluye que los perjuicios alegados por la actora proviene exclusivamente de su actuación, ya que de conformidad a lo indicado, los servicios, insumos, procedimientos y/o medicamentos de los cuales se pretende el reconocimiento y pago, fueron glosados en el trámite de auditoría integral por no evidenciarse la entrega de la tecnología en salud objeto del recobro, por lo cual no puede atribuir responsabilidad al Estado por un hecho exclusivamente suyo, pues anadie le es dable alegar su propia culpa para derivar de ella un beneficio y mucho menos para obtener un pago sin cumplir con los requisitos exigidos para la normatividad para recibirlos, aún más, cuando se trata de la falta de aportar la factura o documento equivalente o de aportarla sin el total de la información requerida por la normatividad.

De manera, que la actora ha desatendido sus deberes de autoprotección, al no realizar un recobro con el lleno de los requisitos exigidos por el ordenamiento jurídico, para así posteriormente reclamar sin fundamento jurídico alguno a la ADRES.

Sobre la influencia del hecho de la víctima en el juicio de imputación, la profesora Claudia López Díaz, al referirse a la competencia de la víctima y deberes de autoprotección, compartiendo nuestro criterio, explica:

> *"Se parte del punto de vista de que la vida en sociedad no se regula conbase en la determinación de relaciones de causalidad; se conforma, mediante la delimitación de ámbitos de responsabilidad … porque un suceso puede ser explicado como obra exclusiva de un autor, o como obra exclusiva de la víctima, o como obra de ambos, o como un suceso fortuito o accidental. Es*

decir, la 'víctima' también puede ser objeto de imputación." En consecuencia, no hay arrogación de los bienes de otrocuando, con división de trabajo, ha sido la propia víctima quien ha configurado y moldeado su propia autolesión…en este caso la víctima quien ha defraudado la expectativas que nacen de su rol; es decir, los deberes de autoprotección que a ella le son exigibles, como principal garante de la protección de sus propios bienes."

De igual manera Yesid Reyes Alvarado, declara referente al principio de autorresponsabilidad, *"Si se quiere expresar con un principio general de derecho lapretensión hegeliana de imputar a cada persona solo aquello que deba ser considerado como "su obra", nada mejor que recurrir al principio de autorresponsabilidad, de acuerdo con el cual cada individuo debe responder por sus propias actuaciones y no por las de los demás."*

Es por ello que la ADRES no se encuentra llamada a responder por los daños causados por la PROPIA VÍCTIMA, pues como se ha demostrado es la actora quien ha sido la responsable del daño ocasionado y cuya reparación se demanda.

Por todo lo anterior las pretensiones de la demandan no se encuentran llamadas a prosperar respecto a la ADRES pues no incurrió en el incumplimiento de los requisitos exigidos por la normatividad en la presentación de los recobros.

PETICIÓN

Como corolario de todo lo anterior solicito a este Honorable Despacho al momento de proferir su fallo, se declare probadas las excepciones propuestas, se denieguen las pretensiones de la demanda y en consecuencia, se condene en costas, agencias en derecho y demás gastos procesales al demandante.

PRUEBAS

- Me atengo a los fundamentos jurídicos expuestos en el presente escrito.

ANEXOS

- Poder legalmente conferido por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la ADRES.

- Ley 1753 de 2015 *"Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018".*
- Decreto 1429 de 2016 -Por la cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 101 del 3 de agosto de 2017-Por el cual se delegan unas funciones y se dictan otras disposiciones.
- Resolución N° 009 de 2019 -Nombramiento Jefe Oficina Asesora Jurídica de la ADRES.
- Acta de Posesión No. 001 del 14 de enero de 2019 Jefe Oficina Asesora Jurídica de la ADRES.

NOTIFICACIONES

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES recibe notificaciones en la Avenida Calle 26 N° 69 - 76 Torre 1, Piso 17, Edificio Elemento en Bogotá D.C.- Correo electrónico para notificaciones judiciales es: notificaciones.judiciales@adres.gov.co / teléfono: 4322760 Ext. 1767 – 1771 y el suscrito apoderado en el correo luis.figueroa@adres.gov.co Cel. 3144608276.

Cordialmente,

LUIS GIOVANNY FIGUEROA VELOZA
C.C. 80.166.731 de Bogotá
T.P. 203.450 del C.S. de la J.