

**TEMA: FACTURAS DE COBRO POR ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS-** La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro./

**HECHOS:** La Sociedad Médica SOMA interpuso acción judicial, solicitando se declare, que el Departamento de Antioquia – Seccional de Salud Antioquia y el Municipio de Medellín- Secretaría de Salud de Medellín, tienen la obligación solidaria de cancelar el valor facturado y pendiente de pago por los servicios médico -hospitalarios- quirúrgicos, prestados al señor John Alexander Gómez y se condene a las codemandadas al pago de \$86.358.578 por concepto del valor total de las facturas 697795 y 690964 e intereses moratorios. En sentencia del 3 de mayo del año 2021, el Juzgado Séptimo Laboral del Circuito de Medellín, resolvió declarar que el Departamento de Antioquia tiene la obligación de reconocer y pagar a la demandante el valor facturado y pendiente por la atención del señor John Alexander Gómez. El problema jurídico, consiste en determinar en sede de consulta, si le asiste al Departamento de Antioquia – Seccional de Salud de Antioquia, el pago de las facturas 697795 y 690964 ordenadas por el a quo, con los intereses de mora respectivos y la indexación causada.

**TESIS:** En el sistema general de la seguridad social en salud, mediante el Decreto 4747 de 7 de diciembre del año 2007 estableció: “ARTÍCULO 12. INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social.” “ARTÍCULO 21. SOPORTES DE LAS FACTURAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo al mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social”(…)El 14 de agosto de 2008, nació la Resolución 3047 por medio de la cual se definieron los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre la prestadora del servicio y la responsable del pago definido en el ya enunciado Decreto 4747 de 2007. En su artículo 12, la Resolución 3047 de 2008 expuso: “Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución.”(…)Y el anexo técnico 5 de la resolución referida expone textualmente lo siguiente: “A. Denominación y definición de soportes: 1. Factura o documento equivalente: Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.(…)En efecto, como se sustrae de la densa foliatura, el señor John Alexander Gómez Monsalve arribó al servicio de urgencias de la Clínica Soma, en un considerable estado de gravedad, por lo cual, debió ser intervenido con servicios de alta y media complejidad.(…)Es claro para la sala, que la Ley 715 de 2001 en su artículo 67 establece: “ARTÍCULO 67. Atención de urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de

servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro.”(...)Recuerda por la Sala que, en la Ley 100 de 1993 se estructuró el sistema de Seguridad Social Integral en materia de pensiones, salud y de riesgos profesionales, y en lo que nos atañe en el proceso de marras estableció dos regímenes el contributivo y el subsidiado, los que fueron definidos en el artículo 157 de la citada disposición así: “1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley. // 2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el Artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.”(...) Se observa en el proceso que la Clínica Soma para el 10 de septiembre del año 2012, radicó la factura 697495 ante la Dirección Seccional de Salud, por los servicios prestados al señor Gómez Monsalve el 27/06/2012 y 690964 del 21/08/2012 en las cuales, se observa el acompañamiento de todos los elementos antes enunciados para su validez, los cuales se encuentran además con las autorizaciones de servicio de salud, donde claramente se desprende como responsable: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en virtud de lo establecido en el Decreto 4747 de 2007, el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, ley 1438 de 2011, pues se encontraba el paciente en el nivel 1 de Sisbén y se repite, los servicios prestados fueron de alta complejidad, quirúrgicos y hemodiálisis.(...)De igual forma, en el presente caso no reposa glosa alguna de cara al artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, tan solo la negativa del pago pese a conocer la Dirección Seccional que de acuerdo al tipo de afiliado y la prestación en salud que le fue prestada, era su competencia el pago de lo respectivo, por lo cual, se confirmará la orden impartida en primera instancia.(...)Habiéndose interpuesto el medio exceptivo de prescripción, se declara impróspero ante la actuación diligente de la parte actora, que no excedió los términos del artículo 151 del CPT y SS, pues la presentación de la acción que nos compete de acuerdo a folio 18 del expediente data del 18 de noviembre del año 2013.(...)Comparte la Sala lo indicado por la juzgadora de primera instancia, ante la desidia en el pago oportuno de los valores adeudados, empero, al haberse ordenado el pago de los intereses deprecados, habrá de absolverse respecto a la indexación de las condenas, en atención a que, los intereses traen consigo el poder de resarcir la pérdida de capacidad adquisitiva del peso.(...)Por último, de acuerdo a la manifestación del apoderado accionante en los alegatos, ante esta instancia, en el sentido que se canceló por parte de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia la suma de \$267.368.927 fundamentado en la cuenta de cobro presentada el 9 de septiembre del año 2021, sin que se anexe prueba adicional que refiera que el desembolso en mención corresponda a los valores aquí cobrados, se precisa que en caso que el DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA- SECCIONAL SALUD ANTIOQUIA, cuente con prueba clara e incontrovertible que dicho pago corresponde a los servicios de que trata el presente proceso, podrá descontarlo de la respectiva condena conforme a las reglas de la imputación de pagos.

MP: JAIME ALBERTO ARISTIZÁBAL GÓMEZ

FECHA: 27/09/2024

PROVIDENCIA: SENRENCIA



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**



Medellín, septiembre veintisiete (27) de dos mil veinticuatro (2024)

**SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA**

La **SALA PRIMERA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, conformada por los Magistrados Jaime Alberto Aristizábal Gómez quien actúa como ponente, John Jairo Acosta Pérez y Francisco Arango Torres, procede a dictar sentencia de segundo grado, dentro del proceso ordinario identificado con el radicado número 05001 31 05 007 2015 01947 02, promovido por la **SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A. SOMA**, en contra del **DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA- SECCIONAL SALUD ANTIOQUIA** y el **MUNICIPIO DE MEDELLÍN- SECRETARÍA DE SALUD DE MEDELLÍN**, con la finalidad de revisar en consulta la providencia emitida por el Juzgado Séptimo Laboral del Circuito de Medellín, en cumplimiento al artículo 69 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

De conformidad con el numeral 1° del artículo 13 de la Ley 2213 de 13 de junio de 2022 se toma la decisión correspondiente mediante providencia escrita número **270 de 2024**, previamente discutida y aprobada por los integrantes de la Sala.

**ANTECEDENTES**

La Sociedad Médica Antioqueña S.A. SOMA interpuso acción judicial, solicitando se declare, que el Departamento de Antioquia – Seccional de Salud Antioquia y el Municipio de Medellín- Secretaría de Salud de Medellín, tienen la obligación solidaria de cancelar el valor facturado y pendiente de pago por los servicios médico -hospitalarios- quirúrgicos, prestados al señor John Alexander Gómez. Consecuencialmente, se acumule el valor del saldo de las facturas, y se condene a

las codemandadas al pago de \$86.358.578 por concepto del valor total de las facturas. Asimismo, se declare la fecha a partir de la cual se hace exigible cada una de las facturas pretendidas desde el día en que se declare su exigibilidad hasta el pago total. Se condene al pago de intereses moratorios, a la tasa máxima legal permitida. Subsidiariamente, solicitó la indexación de los valores declarados por concepto de capital contenido en las facturas, desde el día en que se declare su exigibilidad hasta el pago total y costas procesales.

Como fundamento de sus pretensiones, expresó que, la Clínica SOMA es una entidad privada, la cual prestó los servicios médico – hospitalario- quirúrgicos especializados, a pacientes vinculados a cargo del Departamento de Antioquia – Dirección Salud de Antioquia, que ingresaron por el servicio de urgencias durante la vigencia 2012; en prestación de los servicios anteriormente mencionados, se generaron las siguientes facturas, que están pendientes de pago:

N° FACTURA	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	VALOR	FECHA-FACT	ESTADO	SALDO
690964	1017190671	JHON ALEXANDER GÓMEZ MONSALVE	79.222.158	31/07/2012	DV	78.978.658
697795	1017190671	JHON ALEXANDER GÓMEZ MONSALVE	7.379.920	31/07/2012	DV	7.379.920
TOTAL	\$86.358.578					

Manifestó que, el paciente John Alexander Gómez Monsalve ingresó a la Clínica SOMA y permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos, de conformidad con los artículos 168 de la Ley 100 de 1993, 16 del Decreto Reglamentario 806 de 1998, y 67 de la Ley 715 de 2001, sin que la Comfenalco EPS o la Secretaría de Salud de Medellín lo afiliara al Sistema General de Seguridad Social en Salud; tales entidades excusaron su actuar; la primera adujo que había sido por un error administrativo

no lo había retirado de la base de datos, y la segunda, afirmó que por encontrarse afiliado a la base de datos de Comfenalco EPS no procedió a afiliarlo.

El señor John Alexander Gómez Monsalve, por medio de su madre, como agente oficiosa, presentó acción de tutela, solicitando se le concediera el derecho fundamental a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud. El Juez de tutela ordenó la protección del derecho invocado, y ratificó la medida provisional decretada el 4 de julio de 2012, ordenando a Comfenalco EPS que garantizara la atención en salud desde el momento en que fue internado hasta que figure en la base de datos como desafiado, asimismo, ordenó a la Secretaría de Salud de Medellín que una vez verificara la desafiliación del señor John Alexander del régimen contributivo lo incluyera como afiliado al régimen subsidiado. Afirmó que, las atenciones recibidas por el paciente fueron de nivel III, por lo que, el obligado a realizar el pago es la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, por tal motivo, las facturas fueron radicadas allí. Anunció que, la Clínica SOMA no puede asumir tales costos, con el fundamento de que la persona no aparezca en bases de datos, puesto que, la responsabilidad de la prestación del servicio de esta frente a sus pacientes llega hasta la atención integral, pero, el pago por estas atenciones a personas en situación de indefensión le corresponde al Estado. Indicó que, una vez realizadas las conciliaciones administrativas entre las partes, el saldo de cada una de las facturas es en el que se detalla anteriormente. Pago de las facturas, la entidad deudora debía seguir el procedimiento del artículo 23 del Decreto 4747 de 2007. Manifestó que, las entidades responsables del pago están obligados a pagarles a las IPS por esos servicios, máximo, en un plazo de tres meses posteriores a la presentación de la cuenta de la factura. Pese a haber realizado la reclamación pertinente por las facturas ante la Secretaría Seccional de Antioquia y el Municipio de Medellín – Secretaría de Salud de Medellín; la Nación – Ministerio de Salud y de la Protección Social, se omitió la cancelación de lo adeudado y en vista de que la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia no aceptó hacer el pago de las facturas, se convocó a conciliación prejudicial, llevada a cabo el 3 de octubre de 2013 en las instalaciones de la Procuraduría 31 Judicial II para asuntos Administrativos, en la cual, no se logró llegar a un acuerdo conciliatorio en relación con la factura.

El Municipio de Medellín allegó contestación a la demanda, indicando que, las facturas N° 690964 y 697795 no han ingresado a la Secretaría de Salud de Medellín,

por lo tanto, no están pendientes de pago. Indicó que el 28 de septiembre de 2012 la Secretaría de Salud ingresó a John Alexander Gómez Monsalve al régimen subsidiado, a la EPS SAVIA SALUD. Se opuso a las pretensiones, y elevó los medios exceptivos de: Inexistencia de la obligación, Prescripción, y Genérica.

La Gobernación de Antioquia arrió contestación a la demanda, manifestando que, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia no es la entidad responsable del pago de dichos servicios, tal acción de cobro debió haberse realizado a Comfenalco EPS, y/o a la Secretaría de Salud de Medellín, con la posibilidad del recobro ante el FOSYGA. Adicionalmente, indicó que, para el pago de facturas a las IPS se debe seguir el procedimiento establecido en el artículo 23 del Decreto 4747 de 2007 y elevó los medios exceptivos de: ausencia de título jurídico de imputación frente al Departamento de Antioquia, falta de legitimación en la causa por pasiva, falta de jurisdicción, falta de integración del litis consorcio necesario.

En sentencia del 3 de mayo del año 2021, el Juzgado Séptimo Laboral del Circuito de Medellín, resolvió declarar que el Departamento de Antioquia tiene la obligación de reconocer y pagar a la demandante el valor facturado y pendiente por la atención del señor John Alexander Gómez, y, por tanto, por las facturas 690964 por un valor de \$78.978.658 y la factura 697795 por valor de \$7.789.920 para un total de \$86.358.578. Se ordenó indexar los valores desde la exigibilidad y hasta el pago de la obligación, condenó a los intereses moratorios del decreto 1281 de 2002, desde los tres meses después de la radicación de la factura de cobro conforme el artículo 67 de la Ley 715 de 2001.

Declaró probada la excepción de inexistencia de la obligación respecto al Municipio de Medellín y condenó en costas al Departamento de Antioquia.

### **ALEGATOS EN ESTA INSTANCIA**

La parte demandante allegó sus alegaciones de instancia, indicando que, se canceló por parte de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia la suma de \$267.368.927 fundamentado en la cuenta de cobro presentada el 9 de septiembre del año 2021. Expresó que las cuentas de cobro elevadas a la Secretaría

Seccional de Salud se encuentran en debida forma, y previo a la facturación se verificó que el paciente se encontraba clasificado como población pobre no asegurada conforme al decreto 2878 de 2007 vigente al momento de la atención en salud, y fue afiliado al régimen subsidiado sólo al egreso. Narró que, los artículos 168 de la ley 100 de 1993, 16 del decreto reglamentario 806 de 1998 y 67 de la ley 715 de 2001, prescriben que la atención inicial de urgencias debe ser prestada por todas las IPS y pagada por todas las entidades administradoras de planes de beneficios responsables de los pacientes, efectuó un recuento respecto a los niveles de atención, y de la normativa aplicable según la población no asegurada, y recalco que de acuerdo al literal C del numeral 2 del artículo 9 del decreto 3260 de 2004, se debieron cancelar las facturas no glosadas los 5 días siguientes después de transcurridos 30 días iniciales de los que corresponde para el pago de la factura; y que los artículos 168 de la ley 100 de 1993, 16 del decreto reglamentario 806 de 1998 y 67 de la ley 715 de 2001, prescriben que la atención inicial de urgencias debe ser prestada por todas las IPS y pagada por todas las entidades administradoras de planes de beneficios o responsables de los pacientes. Finalmente, sobre las atenciones de urgencias delimitó que bajo el artículo 5 numeral 3 de la resolución 3074 la entidad responsable del pago no puede devolver la factura o glosarla con el argumento de ser un servicio no autorizado.

### **PROBLEMA JURIDICO**

Consiste en determinar en sede de consulta, si le asiste al Departamento de Antioquia – Seccional de Salud de Antioquia, el pago de las facturas 697795 y 690964 ordenadas por el *a quo*, con los intereses de mora respectivos y la indexación causada.

### **CONSIDERACIONES**

Sea lo primero indicar que la competencia para resolver el asunto radica en esta corporación de cara a la orden impuesta por la Sala Jurisdiccional Disciplinaria el 30 de septiembre del año 2015, al dirimir el conflicto de competencia que se suscitó entre el Juzgado Séptimo Laboral de Medellín y el Juzgado Octavo Administrativo Oral del Circuito de Medellín.

En el sistema general de la seguridad social en salud, mediante el Decreto 4747 de 7 de diciembre del año 2007 se estableció:

“ARTÍCULO 12. INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social.”

“ARTÍCULO 21. SOPORTES DE LAS FACTURAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo al mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social”

El 14 de agosto de 2008, nació la Resolución 3047 por medio de la cual se definieron los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre la prestadora del servicio y la responsable del pago definido en el ya enunciado Decreto 4747 de 2007.

En su artículo 12, la Resolución 3047 de 2008 expuso:

“Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución.”

Y el anexo técnico 5 de la resolución referida expone textualmente lo siguiente:

“A. Denominación y definición de soportes:

1. Factura o documento equivalente: Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.

2. Detalle de cargos: Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem (s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.

3. Autorización: Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

4. Resumen de atención o epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.
5. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico: Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.
6. Descripción quirúrgica: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.
7. Registro de anestesia: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis, siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.
8. Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto.
9. Hoja de traslado: Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.
10. Orden y/o fórmula médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
11. Lista de precios: documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.
11. Lista de precios: documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.
12. Recibo de pago compartido: Recibo de tiquete, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago. No se requiere, cuando por acuerdo entre las partes, el prestador de servicios haya efectuado el cobro de la cuota moderadora o copago y sólo se esté cobrando a la entidad responsable del pago, el valor a pagar por ella descontado el valor cancelado por el usuario al prestador.
13. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT): Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá aceptar el reporte del mismo presentado por el trabajador, o por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo 25 del Decreto 2463 de 2001.
14. Factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA: Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA por la atención de un paciente.

15. Historia clínica: es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo. 16. Hoja de atención de urgencias. Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.

17. Odontograma: Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.

18. Hoja de administración de medicamentos: Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración  
.....”

En efecto, como se sustrae de la densa foliatura, el señor John Alexander Gómez Monsalve arribó al servicio de urgencias de la Clínica Soma, en un considerable estado de gravedad, por lo cual, debió ser intervenido con servicios de alta y media complejidad.

Es claro para la sala, que la Ley 715 de 2001 en su artículo 67 establece:

“ARTÍCULO 67. Atención de urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro.”

Si bien el señor Gómez Monsalve para dicho momento no se encontraba adscrito a ninguna EPS, en la sentencia de tutela del 17 de julio del año 2012, el Juzgado Treinta y dos Penal Municipal ordenó se garantizará la atención en salud del demandante a cargo de Comfenalco EPS mientras no efectuara la migración del paciente a no cotizante, ya que se había realizado la novedad meses atrás, teniendo en cuenta que ingresó por urgencias el 27/06/2012 a las 17:44 pm, y ante ello, debe tenerse claro que lo que efectuó el juzgador de tutela fue garantizar la prestación del servicio del paciente que se encontraba en grado estado de salud. Lo cierto es, que más allá de la formalidad de la inscripción del demandante, éste se encontraba cesante, haciendo tránsito a población no cotizante.

Recuerda por la Sala que, en la Ley 100 de 1993 se estructuró el sistema de Seguridad Social Integral en materia de pensiones, salud y de riesgos profesionales, y en lo que nos atañe en el proceso de marras estableció dos regímenes el contributivo y el subsidiado, los que fueron definidos en el artículo 157 de la citada disposición así:

“1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley. // 2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el Artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.”

Consecuente a ello, el Decreto 2878 de 2007, estableció:

ARTÍCULO 5o. DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA. La distribución de los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada se realizará por municipio, distrito y corregimiento departamental, teniendo en cuenta la participación de la población pobre no asegurada ajustada por el factor de dispersión poblacional de cada entidad territorial, frente al total nacional de la población pobre no asegurada ajustada por el factor de dispersión poblacional. La asignación entre departamentos, municipios y distritos se hará con base en el porcentaje que para el efecto definan anualmente el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, el cual deberá considerar tanto el nivel de complejidad de los servicios que deben ser financiados, así como los responsables de garantizar su prestación. La determinación del porcentaje deberá construirse a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, validados y disponibles

Se observa en el proceso que la Clínica Soma para el 10 de septiembre del año 2012, radicó la factura 697495 ante la Dirección Seccional de Salud, por los servicios prestados al señor Gómez Monsalve el 27/06/2012 y 690964 del 21/08/2012 en las cuales, se observa el acompañamiento de todos los elementos antes enunciados para su validez, los cuales se encuentran además con las autorizaciones de servicio de salud, donde claramente se desprende como responsable: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en virtud de lo establecido en el Decreto 4747 de 2007, el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, ley 1438 de 2011, pues se encontraba el paciente en el nivel 1 de Sisbén y se repite, los servicios prestados fueron de alta complejidad, quirúrgicos y hemodiálisis.

De igual forma, en el presente caso no reposa glosa alguna de cara al artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, tan solo la negativa del pago pese a conocer la Dirección Seccional que de acuerdo al tipo de afiliado y la prestación en salud que le fue prestada, era su competencia el pago de lo respectivo, por lo cual, se confirmará la orden impartida en primera instancia.

Habiéndose interpuesto el medio exceptivo de prescripción, se declara impróspero ante la actuación diligente de la parte actora, que no excedió los términos del artículo 151 del CPT y SS, pues la presentación de la acción que nos compete de acuerdo a folio 18 del expediente data del 18 de noviembre del año 2013.

Ahora, consideró la *a quo* que le asistía a la pasiva Departamento de Antioquia, el pago de los intereses establecidos en el Decreto Ley 1281 de 2002 que indican:

**“Artículo 4º. Intereses moratorios.** El incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos de que trata este decreto, causará intereses moratorios a favor de quien debió recibirlos, liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.”

Comparte la Sala lo indicado por la juzgadora de primera instancia, ante la desidia en el pago oportuno de los valores adeudados, empero, al haberse ordenado el pago de los intereses deprecados, habrá de absolverse respecto a la indexación de las condenas, en atención a que, los intereses traen consigo el poder de resarcir la pérdida de capacidad adquisitiva del peso.

Por último, de acuerdo a la manifestación del apoderado accionante en los alegatos, ante esta instancia, en el sentido que *se canceló por parte de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia la suma de \$267.368.927 fundamentado en la cuenta de cobro presentada el 9 de septiembre del año 2021*, sin que se anexe prueba adicional que refiera que el desembolso en mención corresponda a los valores aquí cobrados, se precisa que en caso que el **DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA- SECCIONAL SALUD ANTIOQUIA**, cuente con prueba clara e incontrovertible que dicho pago corresponde a los servicios de que trata el presente proceso, podrá descontarlo de la respectiva condena conforme a las reglas de la imputación de pagos.

Sin costas en esta instancia ante el estudio en consulta.

Se confirmará íntegramente de acuerdo a lo expuesto, la sentencia proferida por el Juzgado Séptimo Laboral del Circuito de Medellín.

En mérito de lo expuesto, la **SALA PRIMERA DE DECISIÓN LABORAL** del **TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

**RESUELVE**

**PRIMERO: Revocar** la sentencia proferida por el Juzgado Séptimo Laboral del Medellín respecto a la condena impuesta sobre la indexación, y por tanto absolver de la misma.

**SEGUNDO: Aclarar** en el sentido que en caso que el **DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA- SECCIONAL SALUD ANTIOQUIA**, cuente con prueba clara e incontrovertible que el pago referido por el apoderado de la parte actora en sus alegaciones corresponde a los servicios de que trata el presente proceso, podrá descontarlo de la respectiva condena conforme a las reglas de la imputación de pagos.

**TERCERO: Confirmar** la providencia en todo lo demás.

**CUARTO:** Sin costas en esta instancia.

Lo resuelto se notifica en **EDICTO**. Se ordena regresar el proceso al Juzgado de origen.

Los Magistrados,

Jaime Alberto Aristizábal Gómez

John Jairo Acosta Pérez

Francisco Arango Torres

Firmado Por:

Jaime Alberto Aristizabal Gomez  
Magistrado  
Sala Laboral  
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

**John Jairo Acosta Perez**  
**Magistrado**  
**Sala Laboral**  
**Tribunal Superior De Medellin - Antioquia**

**Francisco Arango Torres**  
**Magistrado**  
**Sala Laboral**  
**Tribunal Superior De Medellin - Antioquia**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **7d8efd2934f6108938a140a6e555ba9f89806a0b64951ec28ecadf643842f76d**

Documento generado en 27/09/2024 02:36:03 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**