

TEMA: TRÁMITE PARA COBRO Y PAGO DE LOS SERVICIOS EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - establece que la entidad prestadora de salud, debe presentar ante la respectiva entidad pagadora, las facturas de venta, acompañada de los soportes que evidencien la prestación efectiva del servicio. / **PROCEDIMIENTO DE GLOSAS** - si la entidad responsable del pago, no formula ni comunica las glosas dentro del término legal, se entiende que las facturas de venta fueron aceptadas. / **DE LA PRESCRIPCIÓN** - establecen los términos para que se paguen los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados para ello, sin que dichas normas sean excluyentes con las regulaciones del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social. /

HECHOS: Pretende el demandante se declare que la sociedad demandada adeuda el valor facturado durante la vigencia de 2012 a 2015, por concepto de servicios médico hospitalario quirúrgicos prestados; consecuentemente, se condene a pagar la suma de \$23.070.764 por concepto de servicios médicos hospitalarios, los intereses moratorios o en subsidio la indexación.

TESIS: (...) recuérdese que conforme a lo dispuesto por la Ley 100 de 1993 y el art. 16 del Decreto 806 de 1998, el sistema garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud, por ello la atención inicial de urgencias debe ser brindado en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud; y el incumplimiento de esta disposición es sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multa y en caso de reincidencia puede conllevar pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución, razón por la cual, para efectos del pago de los servicios prestados no se requiere contrato ni orden previa. (...) (...) el Decreto 4747 de 2007 “por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones” establece que la entidad prestadora de salud, debe presentar ante la respectiva entidad pagadora, las facturas de venta, acompañada de los soportes que evidencien la prestación efectiva del servicio; así mismo, las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los 30 días hábiles siguientes a la presentación de la facturas con todos sus soportes, deberán formular y comunicar a los prestadores de servicios de salud, las glosas, esto es, las observaciones o inconformidades con las facturas de venta, a las cuales, éstas deberán dar respuesta, dentro de los 15 días hábiles siguientes a su recepción, así lo definen los artículos 21 y 23 del mentado decreto. (...) (...) el acompañamiento de la documental necesaria para respaldar las facturas de los servicios prestados en el sistema de urgencias. Esta obligación, se encuentra también establecida en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 que señaló: “Parágrafo 1°. La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008.” (...) (...) afirma la parte demandada que no ha procedido con el pago de dichas facturas dada la existencia de glosas; en otras palabras, que dada la formulación de estas es imposible la cancelación de las mismas; pero de ello no existe prueba al interior del proceso, pues fue la parte demandante quien aportó no lo solo la existencia de la posible glosa sino también la subsanación de ellas, sin que exista pronunciamiento posterior que impida su pago. (...) (...) Los artículos 67 de la Ley 715 de 2001, 9º del Decreto 3260 de 2004 derogado por el art. 30 de Decreto Nacional 4747 de 2007, 8º del Dto 046 de 2000 que modificó el artículo 4º del Decreto 723 de 1997, 13 de la Ley 1122 de 2007, establecen los términos para que se paguen los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados para ello, sin que dichas normas sean excluyentes con las regulaciones del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social. Así, es necesario compaginar tales preceptos con la prescripción de la acción judicial que es de 3 años, advirtiéndose que con el reclamo o la contestación de la entidad se interrumpe por un laso igual. (...) (...) Establece el artículo 24 del Decreto 4747 de 2007, que en el evento en que las devoluciones

o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-ley 1281 de 2002. Los intereses serán liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales conforme a la disposición legal ya referida, desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro y hasta el momento de su pago efectivo.

MP. JAIME ALBERTO ARISTIZÁBAL GÓMEZ

FECHA: 07/09/2023

PROVIDENCIA: SENTENCIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN



SALA LABORAL

Medellín, siete (07) de septiembre de dos mil veintitrés (2023)

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 radicado con el número 05001310500320170046901, promovido por el **HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE DE MEDELLÍN**, en contra de la Sociedad **MÉDICA CLÍNICA RIOHACHA S.A.S.**, con la finalidad de resolver el recurso de apelación presentado por la Sociedad demandada, frente a la sentencia emitida el 13 de marzo de 2019 por el Juzgado Tercero Laboral del Circuito de Medellín.

De conformidad con el numeral 1° del artículo 13 de la Ley 2213 de 13 de junio de 2022 “...Por medio de la cual se establece la vigencia permanente del Decreto Legislativo 806 de 2020 y se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia y se dictan otras disposiciones...” se toma la decisión correspondiente mediante providencia escrita número **288**, previamente discutida y aprobada por los integrantes de la Sala.

ANTECEDENTES

Pretende el demandante se declare que la sociedad demandada adeuda el valor facturado durante las vigencias 2012 a 2015, por concepto de servicios médico hospitalario quirúrgicos prestados; consecuentemente, se condene a pagar la suma de \$23.070.764 por concepto de servicios médicos hospitalarios, los intereses moratorios o en subsidio la indexación.

Como fundamento de sus pretensiones expuso que el Hospital Pablo Tobón Uribe presto el servicio de atención de urgencias médicas a los pacientes afiliados a la sociedad Médica Clínica Riohacha S.A.S., causándose una deuda por dichos servicios de \$23.070.764.

Que dichas facturas fueron radicadas en las instalaciones de la entidad demandada aportando los soportes requeridos por la ley; pero estas fueron glosadas por dicha sociedad, pero a pesar de haber sido subsanadas y nuevamente radicadas no se ha obtenido respuesta de su pago.

Respecto a la demanda presentada, la sociedad demandada en su oportunidad procesal expuso:

Que es cierto que la entidad emitió facturas de cobro, pero que no le consta los servicios prestados, y que si fueron glosados se debe probar si el demandante subsano las mismas, pues no existe prueba de ello.

TRAMITE PROCESAL

El Juzgado Tercero Laboral del Circuito de Medellín ante la inasistencia del representante legal de la sociedad demandada a la audiencia de conciliación, de decisión de excepciones previas, de saneamiento y fijación del litigio celebrada el 25/07/2018, declaró como ciertos y confesos los siguientes hechos:

1. Que el hospital Pablo Tobón Uribe prestó servicios médico – quirúrgicos a pacientes afiliados a la sociedad Médica Clínica Riohacha SAS, por facturas que suman \$23.070.764.
2. Que cada una de las facturas referenciadas fueron radicadas ante la entidad demandada.
3. Que las facturas fueron glosadas por la entidad demandada, con glosas injustificadas y las cuales fueron subsanadas y radicadas nuevamente por la demandante.
4. Que dichos servicios fueron derivados de atención de urgencias médicas.
5. Que los saldos reclamados en la demanda se encuentran en la actualidad subsanados, según la normatividad vigente.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

DECLARÓ que no prospera ninguna excepción propuesta por parte de la entidad demandada. **DECLARÓ** que la **SOCIEDAD MÉDICA CLÍNICA RIOHACHA S.A.S.** tiene la obligación de cancelar en favor del demandante la suma de \$23.070.764 por los servicios médico hospitalarios prestados a la población afiliada a la demandada, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida conforme al art 4 del decreto 1281/2002 los cuales serán liquidados al momento del pago real y efectivo de lo adeudado y desde la fecha de radicación de la factura; y condenó en Costas Procesales a cargo de la parte demandada y a favor del demandante.

RECURSO DE APELACIÓN

SOCIEDAD DEMANDADA. Solicita que se debe declarar probada la excepción de mérito denominada cobro de lo no debido. Que si bien se declaró confesó al representante legal de la demandada, dicha confesión es ficta o presunta; es decir, que admite prueba en contrario, por lo cual considera se debió

hacer un estudio de fondo de los soportes de las glosas que se presentaron, donde claramente se tiene que éstas están en firme y no fueron desconocidas.

Que en el presente caso opera la excepción de prescripción, al manifestar que no es suficiente con hacer una gestión para obtener el pago ni tampoco los derechos de petición para el pago de las facturas, esto es porque la entidad demandante conocía la existencia de las glosas y según esta entidad lo que se debía proceder era una conciliación de glosas y, la entidad demandante en todas las respuestas que dio tanto por el departamento jurídico y la empresa auditora contratada por la entidad MÉDICA CLÍNICA RIOHACHA S.A.S., se le convocó en varias ocasiones a realizar esa conciliación y la entidad demanda nunca hizo la gestión para dicha conciliación.

Que desde la contestación de la demanda se evidenció la existencia de un pago parcial, por ende, se debe ordenar su descuento. Que no es procedente la condena por intereses moratorios pues aduce que no se adeuda valor alguno.

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN EN ESTA INSTANCIA.

DE LA PARTE DEMANDANTE. Refiere que la demandante prestó el servicio de atención hospitalaria-médico quirúrgica a los pacientes afiliados a la entidad Sociedad Médica Clínica Riohacha S.A.S. con domicilio principal en el municipio de Riohacha, facturas que fueron radicadas por la entidad demandada, aportando para ello todos los soportes requeridos, y que a pesar que algunas facturas fueron glosadas de manera injustificada, estas fueron subsanadas y nuevamente radicadas, sin obtener a la fecha el reconocimiento de su pago.

Afirma que en varias ocasiones ha solicitado abrir proceso para proceder a conciliar las glosas, pero el mismo no se llevó a cabo, debido a que la entidad no ha tenido la disponibilidad para hacerlo, la comunicación no fue efectiva y la cita no ha sido asignada.

Que la facturación fue glosada por la entidad, por distintos motivos, entre ellos la falta de autorización, por falta de soportes, por pertinencia, por falta de convenio, pero las mismas son glosas infundadas, y a las cuales se les dio respuesta para su respectiva subsanación. La verificación de la información se realizó de manera directa con funcionarios de la entidad demandada, razón por la cual, no pueden venir ahora pretender que las facturas no son imputables a su responsabilidad

PROBLEMA JURÍDICO

Determinar si la demandada Sociedad Médica Clínica Riohacha S.A.S., está obligada a reconocer y pagar al Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín los recobros estimados en la suma de \$23.070.764, por los servicios médicos hospitalarios de urgencias prestados a sus afiliados, o si, por el contrario, ha operado el pago, el fenómeno de prescripción, o existen causales de rechazo o glosas para el no reconocimiento de las mismas. De proceder el pago, se determinará como problema jurídico asociado la procedencia de los intereses moratorios.

CONSIDERACIONES

Sea lo primero indicar que la competencia de esta Corporación está dada por los puntos que son objeto de apelación, de conformidad con los Arts. 15 y 66A del C.P.L y de la S.S., respectivamente.

El artículo 49 de la Constitución política define que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, el cual se debe garantizar a todas las personas; por lo que el sistema de seguridad social en salud regulado en el libro II de la ley 100 de 1993, en lo atinente al régimen de beneficios, en el artículo 168, establece que la atención inicial de urgencias no requiere de la existencia de contrato alguno, debe ser prestada en forma obligatoria, por todas las entidades que presten servicios de salud, y los costos en los que se incurre por tal atención, son asumidos por la respectiva entidad aseguradora, cuando se trate de atención por enfermedad general, así lo establece la norma:

“La atención inicial de urgencias debe ser prestado en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud al cual esté afiliado en cualquier otro evento...”

La anterior disposición fue reglamentada por los decretos 412 de 1992, 806 de 1998 y la Ley 715 de 2001, los cuales son coincidentes en señalar que la atención de urgencias está a cargo de las instituciones que ofrecen servicios de salud, independientemente de que hubiesen celebrado contratos con las entidades prestadoras de tales servicios, y el costo de estos, está a cargo de la respectiva EPS o administradoras del régimen subsidiado a la cual se encuentre afiliada la persona, quien deberá realizarlo dentro de los 3 meses siguientes a la presentación de la factura de cobro, así lo define el artículo 67 de la ley 715 de 2001, que 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...”

Aunado a lo anterior, recuérdese que conforme a lo dispuesto por la Ley 100 de 1993 y el art. 16 del Decreto 806 de 1998, el sistema garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud, por ello la atención inicial de urgencias debe ser brindado en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud; y el incumplimiento de esta disposición es sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multa y en caso de reincidencia puede conllevar pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución, razón por la cual, para efectos del pago de los servicios prestados no se requiere contrato ni orden previa.

Ahora, frente a lo atinente al trámite para el cobro y pago de los servicios en el sistema de seguridad social en salud, el Decreto 4747 de 2007 *“por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”* establece que la entidad prestadora de salud, debe presentar ante la respectiva entidad pagadora, las facturas de venta, acompañada de los soportes que evidencien la prestación efectiva del servicio; así mismo, las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los 30 días hábiles siguientes a la presentación de la facturas con todos sus soportes, deberán formular y comunicar a los prestadores de servicios de salud, las glosas, esto es, las observaciones o inconformidades con las facturas de venta, a las cuales, éstas deberán dar respuesta, dentro de los 15 días hábiles siguientes a su recepción, así lo definen los artículos 21 y 23 del mentado decreto:

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 con el 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...”*

...

ARTÍCULO 23. TRÁMITE DE GLOSAS. *Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado.*

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud...”

Lo anterior, significa que si la entidad responsable del pago, no formula ni comunica las glosas dentro del término legal, se entiende que las facturas de venta fueron aceptadas, circunstancia que en el caso concreto se torna fundamental para resolver el presente litigio, como más adelante se soslayará.

Respecto a los soportes que deben acompañar la factura de venta, la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 del 18 de febrero de 2009 en su artículo 12, establece:

“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 número 5, que hace parte integral de la presente resolución.

ANEXO TÉCNICO No. 5 SOPORTES DE LAS FACTURAS

“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 ítems 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
.....”

(...) B. LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PARA EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO.

Atención inicial de urgencias

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Informe de atención inicial de urgencias.
- d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Comprobante de recibido del usuario.
- h. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

Atención de urgencias:

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Comprobante de recibido del usuario.

- h. Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.*
- i. Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.*
- j. Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.*
- k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella...”*

Nótese pues, como era imprescindible según lo anterior, el acompañamiento de la documental necesaria para respaldar las facturas de los servicios prestados en el sistema de urgencias. Esta obligación, se encuentra también establecida en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 que señaló:

“Parágrafo 1°. La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008.”

Así mismo, el artículo 3 de la Ley 1231 de 2008, establece:

“ARTÍCULO 3o. El artículo 774 del Decreto 410 de 1971, Código de Comercio, quedará así: Requisitos de la factura. La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:

- 1. La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 673. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguientes a la emisión.*
- 2. La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley.*
- 3. El emisor vendedor o prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere*

el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura.

*No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. **Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura.** (subrayas fuera de la sala).*

En todo caso, todo comprador o beneficiario del servicio tiene derecho a exigir del vendedor o prestador del servicio la formación y entrega de una factura que corresponda al negocio causal con indicación del precio y de su pago total o de la parte que hubiere sido cancelada.

La omisión de requisitos adicionales que establezcan normas distintas a las señaladas en el presente artículo, no afectará la calidad de título valor de las facturas.”.

Se ha impartido pugna por parte de la accionada desde la contestación a la demanda (anexo 011 expediente digital), al afirmar que las facturas presentan glosas, las cuales no han sido subsanadas y que mientras esas glosas estén vigentes no existe obligación de su pago, siendo determinante pues, que la Sala valore la prueba documental arribada con el escrito de demanda (anexo 02) en donde se constata:

| AFILIADO | FACTURA | VALOR | INGRESO AFILIADO | EGRESO AFILIADO | FECHA FACTURA | FECHA DE RADICACIÓN PARA COBRO | RESPUESTA SUBSANA GLOSA | FOLIOS |
|-------------------------------------|----------|--------------|------------------|-----------------|---------------|--------------------------------|-------------------------|----------|
| STIVEN OFIRD DELUQUE MARTINEZ | AG-26220 | \$ 8.004.565 | 22/10/2022 | 2/11/2012 | 23/11/2012 | 14/12/2012 | 11/04/2013 | 44 a 155 |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| ESLIBER DE JESUS MEDINA MADERO | FH-224210 | \$ 2.313.251 | 20/11/2013 | 23/11/2013 | 23/11/2013 | 16/12/2013 | 17/03/2014 | 156 a 221 |
| OMARIS SOFIA SOLANO CAMARGO | FH-580438 | \$ 946.218 | 3/03/2015 | 4/03/2015 | 14/03/2015 | 27/04/2015 | 2/03/2017 | 329 a 375 |
| OMARIS SOFIA SOLANO CAMARGO | FH-548487 | \$ 9.698.458 | 23/01/2015 | 3/02/2015 | 3/02/2015 | 11/02/2015 | 21/07/2015 | 222 a 328 |
| ROSA ELVIRA JIMENEZ CALDERON | RF-508792 | \$ 2.146.972 | 7/09/2015 | 7/09/2015 | 12/12/2015 | 18/04/2016 | 2/03/2017 | 376 a 414 |

Así las cosas, vislumbra la Sala que cada una de las facturas en comento se encuentra acompañadas con el detalle de cargos, el informe de atención inicial de urgencias, la epicrisis, la hoja de administración de medicamentos y el comprobante de recibido del usuario, con lo que se tiene que la parte demandante cumplió con los requisitos señalados en el Decreto 4747 de 2007.

Ahora, afirma la parte demandada que no ha procedido con el pago de dichas facturas dada la existencia de glosas; en otras palabras, que dada la formulación de estas es imposible la cancelación de las mismas; pero de ello no existe prueba al interior del proceso, pues fue la parte demandante quien aportó no lo solo la existencia de la posible glosa sino también la subsanación de ellas, sin que exista pronunciamiento posterior que impida su pago (folios 21 y 22 anexo 29):

| SALDO | ESTADO | MOTIVO GLOSA CLINICA | RESPUESTA GLOSA HOSPITAL | MOTIVO POR EL CUAL SE LE ESTA COBRANDO LAS ATENCIONES A LA CLINICA RIOHACHA |
|-----------|--------|--|--|--|
| 8,004,565 | GD | Autorización | El 23/10/12 se logra comunicación con la Unión Temporal, la señora Ismelda Gonzalez es quien informa que el paciente se encuentra activo en la Sociedad Médica Clínica Riohacha, este mismo día se solicita RUT para creación del responsable en Tramisalud, pero solicita que llamemos más tarde pues tiene un problema con el sistema, el Hospital intenta más tarde comunicación pero sólo hasta el 24/10/12 se logra contacto con la señora Mireidy Hernandez quien notifica correos electrónicos a los cuales el Hospital debe solicitar el RUT, el Hospital procede inmediatamente con el envío del correo adjuntando copia de historia clínica y anexos # 2 y 3, sólo hasta el 25/10/12 se recibe RUT y se procede con el envío de los anexos técnicos por la Plataforma de Tramisalud. | Se verifica paciente en la Unión temporal de la Guajira con la funcionaria Ismelda Gonzales que esta activo como beneficiario(magisterio) del señor Alexander Alonso Deluque Campo y que el usuario pertenece a la Sociedad Clínica de Riohacha, se le envían anexos técnicos a la funcionaria en Riohacha Mireidys Henri Quez. |
| 2,313,251 | GD | Pertinencia en la atención. Autorización | Paciente con cálculos renales a quien los procedimientos terapéuticos se le han realizado en HPTU con cargo a su asegurador, quien tiene aumento de creatinina importante con síntomas obstructivos por lo que nefrología considera hospitalización urgente. Se hicieron los trámites de ley enviando los anexos técnicos. Glosa injustificada, se anexan de nuevo soportes de HCE donde consta la necesidad de hospitalización urgente. | Porque se verificó en el número (5) 7283399 con la funcionaria Shirley Daza encargada de autorizaciones, la cuál informa que el paciente se encuentra activo como beneficiario(magisterio) y confirma que la entidad medica pagadora es la Sociedad Medica Clínica Riohacha confirma el correo para enviar anexos técnicos y también confirma que fueron recibidos en la entidad y que darían respuesta en el transcurso del día. Trámite administrativo del Hospital. |
| 946,218 | GD | Autorización | No procede glosa, se anexa orden de servicios número 4272, en donde especifican que autorizan la atención de urgencias y otros gastos; el paciente estuvo 24 horas en urgencias y se factura la habitación de cuatro o más camas y los gastos que de esta se generaron. No aplica devolución. | La entidad emite orden de servicios número 0700011914, se anexa soporte. Paciente del magisterio, beneficiario. Paciente Omaris Sofia Solano Camargo. |

| | | | | |
|------------|----|---|--|---|
| 9,698,458 | GD | Soportes de Historia Clínica | Se anexan todos los soportes de Historia Clínica | Paciente Omaris Sofia Solano Camarago. La señora Marley Cardena P de la UT oriente informa que debe facturarse a la Sociedad Medica Clínica de Riohacha al igual que la funcionaria Elvira Iguaran y además nos suministra correos para enviar los anexos técnicos. |
| 2,146.972 | GD | Esta factura sólo tiene glosa por valor de \$24.726, glosada por tarifa | Entidad sin convenio, las tarifas de especialista se facturan a las definidas por el Hospital. | La paciente pertenece a magisterio la Guajira, la ERP es Sociedad Medica Riohacha, envían autorización por angiotac y consulta de Urgencias. |
| 23,070.764 | | | | |

Es más, no puede olvidarse que la parte demandada tenía una carga probatoria adicional, pues ante su inasistencia a la audiencia de conciliación, de decisión de excepciones previas, de saneamiento y fijación del litigio celebrada el 25/07/2018, en la cual se le declaró como ciertos y confesos los hechos de la demanda sin demostración al interior del proceso la fuerza mayor que le impidió asistir a la misma, figura ésta contenida en el artículo 205 del Código General del

Proceso, era la parte pasiva quien debía realizar un esfuerzo probatorio adicional, sin que dicha actitud se haya presentado al interior del proceso, por lo cual y ante la ausencia de pronunciamiento posterior al cumplimiento de las exigencias de las glosas, considera la Sala que la entidad demandada si es responsable del pago de las mismas como acertadamente lo concluye el *a quo*, razón para confirmar la declaración de su condena, pues no existe prueba de su pago, no sin antes verificar el fenómeno jurídico de la prescripción.

De la Prescripción

Los artículos 67 de la Ley 715 de 2001, 9° del Decreto 3260 de 2004 derogado por el art. 30 de Decreto Nacional 4747 de 2007, 8° del Dto 046 de 2000 que modificó el artículo 4° del Decreto 723 de 1997, 13 de la Ley 1122 de 2007, establecen los términos para que se paguen los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados para ello, sin que dichas normas sean excluyentes con las regulaciones del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

Así, es necesario compaginar tales preceptos con la prescripción de la acción judicial que es de 3 años, advirtiéndose que con el reclamo o la contestación de la entidad se interrumpe por un laso igual, siempre que tal reclamación hubiese sido oportuna ante la sociedad Médica Clínica Riohacha S.A.S, de conformidad con el artículo 151 del CPT y de la S.S.

Encuentra la Sala las siguientes facturas:

| AFILIADO | FACTURA | VALOR | FECHA FACTURA | FECHA DE RADICACIÓN PARA COBRO | RESPUESTA SUBSANA GLOSA | FOLIOS |
|--------------------------------|-----------|--------------|---------------|--------------------------------|-------------------------|-----------|
| STIVEN OFIRD DELUQUE MARTINEZ | AG-26220 | \$ 8.004.565 | 23/11/2012 | 14/12/2012 | 11/04/2013 | 44 a 155 |
| ESLIBER DE JESUS MEDINA MADERO | FH-224210 | \$ 2.313.251 | 23/11/2013 | 16/12/2013 | 17/03/2014 | 156 a 221 |
| OMARIS SOFIA SOLANO CAMARGO | FH-580438 | \$ 946.218 | 14/03/2015 | 27/04/2015 | 2/03/2017 | 329 a 375 |

| | | | | | | |
|------------------------------------|-----------|--------------|------------|------------|------------|--------------|
| OMARIS SOFIA SOLANO CAMARGO | FH-548487 | \$ 9.698.458 | 3/02/2015 | 11/02/2015 | 21/07/2015 | 222 a 328 |
| ROSA ELVIRA JIMENEZ CALDERON | RF-508792 | \$ 2.146.972 | 12/12/2015 | 18/04/2016 | 2/03/2017 | 376 a 414 |

Observándose que frente a las facturas AG-26220 y FH-224210 la parte demandante presentó o radicó la cuenta de cobro el 14/12/2012 y 16/12/2013, respectivamente, interrumpiendo la prescripción por una sola vez, pero como la demanda fue presentada el **09/06/2017**, transcurrieron más de los 3 años permitidos por la norma para evitar el fenómeno jurídico de la prescripción, pues solo podrían cobrarse **los servicios prestados posteriores al 09/06/2014**, y en consecuencia, el derecho a cobrar las 2 facturas relacionadas se encuentra prescrito.

Siendo viable ordenar el pago solamente por **\$12.791.648** adeudados por la accionada, quien, si bien indicó que dicho valor fue glosado, no lo demostró con la prueba aportada ni con el recurso de apelación interpuesto, y tenido en cuenta por esta Sala, por lo anterior se modificara la condena impuesta en primera instancia.

De los intereses moratorios

Establece el artículo 24 del Decreto 4747 de 2007, que en el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-ley 1281 de 2002.

Así mismo, el citado artículo 7° señala que cuando en el trámite de las cuentas por prestación de servicios de salud se presenten glosas, se efectuará el pago de lo no glosado. Si las glosas no son resueltas por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, en los términos establecidos por el reglamento, no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias. 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 los seis (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.

| AFILIADO | FACTURA | VALOR | INGRESO AFILIADO | FECHA FACTURA | FECHA DE RADICACIÓN PARA COBRO | RESPUESTA SUBSANA GLOSA | FOLIOS |
|------------------------------|-----------|--------------|------------------|---------------|--------------------------------|-------------------------|-----------|
| OMARIS SOFIA SOLANO CAMARGO | FH-580438 | \$ 946.218 | 3/03/2015 | 14/03/2015 | 27/04/2015 | 2/03/2017 | 329 a 375 |
| OMARIS SOFIA SOLANO CAMARGO | FH-548487 | \$ 9.698.458 | 23/01/2015 | 3/02/2015 | 11/02/2015 | 21/07/2015 | 222 a 328 |
| ROSA ELVIRA JIMENEZ CALDERON | RF-508792 | \$ 2.146.972 | 7/09/2015 | 12/12/2015 | 18/04/2016 | 2/03/2017 | 376 a 414 |

Así las cosas, no hay al pago de los intereses moratorios solicitados, siempre que la cuenta de cobro se haya presentado con el lleno de los requisitos, dentro de los ***6 meses siguientes a la fecha de prestación del servicio.*** En ese orden de ideas, para el asunto proceden sobre los recobros que fueron presentados dentro del término de ley, exceptuándose los que conforme al cuadro adjunto, la reclamación se efectuó de manera extemporánea, es decir, frente a la factura ***RF-508792***, luego frente a esta no hay lugar al reconocimiento de los intereses deprecados, pero si la indexación. Ello en razón que la indexación se constituye en un criterio de equidad que no genera ganancia o pérdida, pues la misma solo refiere traer una suma a valor presente.

Los intereses serán liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales conforme a la disposición legal ya referida, desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro y hasta el momento de su pago efectivo, pero solo frente a las facturas FH-580438 y FH-548487. Por lo anterior, esta Sala modificara la decisión de instancia, en cuando al pago de los intereses moratorios.

Sin costas en esta instancia ante la prosperidad parcial del recurso de alzada.

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: MODIFICAR el numeral **SEGUNDO** de la sentencia proferida por el Juzgado Tercero Laboral del Circuito de Medellín el 13 de marzo de 2019, dentro del Proceso Ordinario Laboral promovido por el **HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE DE MEDELLÍN** en contra de la **SOCIEDAD MÉDICA CLÍNICA RIOHACHA S.A.S.** en cuanto condenó a ésta última al pago de \$23.070.764 por concepto de servicios médicos hospitalarios quirúrgicos prestados por la demandante y los intereses moratorios; para en su lugar:

- **CONDENAR** a la **SOCIEDAD MÉDICA CLÍNICA RIOHACHA S.A.S** reconocer y pagar al **HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE DE MEDELLÍN** la suma de \$23.070.764 por concepto de servicios médicos hospitalarios quirúrgicos.
- **CONDENAR** el pago de los intereses moratorios frente a las facturas FH-580438 y FH-548487, y la indexación frente a la factura RF-508792; todas estas calculadas desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro y hasta el momento de su pago efectivo, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO: MODIFICAR el numeral **PRIMERO** de fecha y origen conocidos, para en su lugar **DECLARAR** probada parcialmente la excepción de prescripción, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

TERCERO: Se CONFIRMA en todo lo demás la decisión que se revisa en apelación.

CUARTO: Sin costas en esta instancia.

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

Se ordena regresar el expediente 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

Código de verificación: **c469937b0edc77d77c5dc590b781f8db52028461ef6babf93144674aaffc83c8**

Documento generado en 07/09/2023 02:15:51 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>