

TEMA: INTERESES MORATORIOS – Se causan desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro. Asimismo, las reclamaciones se deberán realizar 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 / **DEVOLUCIONES O GLOSAS:** En el evento en el que sean formuladas y 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.

HECHOS: El Hospital Pablo Tobón Uribe demandó a SaludCoop EPS para que se declare que prestó servicios de salud a los afiliados de SaludCoop EPS en liquidación. Como consecuencia, se solicita que se condene a la demandada a pagar los servicios de salud prestados, así como el importe insoluto de los resúmenes de cobro y las facturas mencionadas. En primera instancia el Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Medellín en sentencia del 16 de abril de 2024 resolvió condenar a la Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo SaludCoop, hoy liquidada, al pago de los servicios prestados a sus usuarios por parte del Hospital Pablo Tobón Uribe, en cuantía total de \$1.590.421.141. Así como a los intereses moratorios conforme el artículo 4 del Decreto 1281 de 2002, establecidos para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales sobre los recobros reconocidos en la providencia. El problema jurídico para resolver abarcará los siguientes temas: i) determinar si hay lugar al reconocimiento y pago de las facturas reclamadas; ii) procedimiento liquidatorio de la EPS y el reclamo del pago de las facturas; iii) intereses moratorios

TESIS: (...) El parágrafo del artículo 20 de la ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” dispone que se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Por su parte, el artículo 67 de la ley 1438 de 2011 “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” establece frente al sistema de emergencias médicas: “Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia” (...) Según las disposiciones transcritas, si bien es cierto el Juez debe valorar la totalidad de los medios de prueba que se allegaron al proceso según las reglas de la sana crítica, esta situación no exime a las partes de cumplir con la carga procesal que les incumbe, en el sentido de otorgar al funcionario la certeza sobre el cumplimiento de los requisitos establecidos en el supuesto de hecho de la norma en que se fundamenta la pretensión, para el caso de la parte demandante, o sobre los argumentos planteados en los medios exceptivos, si se trata del demandado que pretende sacar adelante los argumentos de su defensa. Pues bien, tal y como lo señaló el a quo, la demandada al dar respuesta al hecho 10° de la demanda, aceptó que es “cierto que los servicios fueron prestados conforme con los documentos aportados”. Asimismo, la demandada allegó como prueba documental el soporte de los servicios prestados, tal y como se desprende del anexo 001, CD_1, tomo 1 al 4 (...) Una vez

revisada la documental y la aceptación de la demandada, se logra acreditar que los servicios por los que se reclama su pago fueron prestados junto con la documentación necesaria, por lo que la demandada está en la obligación de responder por el pago las facturas que cumplen con las exigencias establecidas en las normas señaladas previamente, en los términos descrito por el a quo. Nótese que, al igual que se hizo con la contestación de la demanda, en la sustentación al recurso de apelación tampoco se ataca alguna factura en particular o algún servicio médico específico. Además, si bien, no existe concepto pericial de los conceptos reclamados, ello se debe a que las partes reusaron esta prueba, en la medida que no pagaron los honorarios ordenados por el juez; no obstante, la demandada ninguna prueba o razón dio de que los documentos aportados no cumplieran con las exigencias normativas, al punto que ni glosas formuló una vez se le hizo la reclamación por vía administrativa (...) “En síntesis, el pago tardío de los recobros presentados al FOSYGA por servicios y medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, da lugar al pago de intereses de mora a la tasa establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, no sólo porque así se deriva de una lectura sistemática de los artículos 1, 4 y 13 del Decreto Ley 1281 de 2002, sino porque ello se adecua a las finalidades y objetivos mismos del decreto y del sistema de salud en general. (...) En esa medida, si el Estado en ejercicio de sus facultades de ordenación y regulación del sistema, ha establecido el plazo para el pago de las obligaciones a cargo del FOSYGA por recobros no POS, necesaria/ debería considerarse que vencido dicho término la entidad estará en mora y serán aplicables entonces las consecuencias derivadas de esa situación de incumplimiento, entre otras la generación de intereses moratorios a la tasa prevista en el artículo 4 del Dto. Ley 1281 de 2002” (...) Respecto a los intereses moratorios, es preciso aclarar que estos fueron ordenados hasta la intervención forzosa por parte del Estado. Las argumentaciones de la apelante, en las que señala que la EPS se encontraba en incapacidad de pagar las acreencias debido a su liquidación y configuraba un caso de fuerza mayor, carecen de fundamento. Si bien es cierto que la EPS atravesaba una crisis financiera, esto no implica necesariamente que no tuviera la capacidad de cumplir con sus obligaciones. De hecho, es importante reconocer que la entidad podía contar con alternativas para afrontar sus responsabilidades, a pesar de las dificultades. En este sentido, es procedente el reconocimiento de los intereses moratorios en los términos establecidos por el juzgado, debido que, una vez que se produjo la intervención forzosa del Estado el 24 de noviembre de 2015, la EPS ya no estaba en condiciones de pagar directamente sus obligaciones debido a la pérdida de control sobre sus recursos (...)

M.P CARMEN HELENA CASTAÑO CARDONA

FECHA: 19/06/2024

PROVIDENCIA: SENTENCIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN



SALA SEGUNDA DE DECISIÓN LABORAL
Aprobado ACTA **142**

Medellín, diecinueve (19) de junio de dos mil veinticuatro (2024)

PROCESO	Ordinario
DEMANDANTE	Hospital Pablo Tobón Uribe
DEMANDADO(S)	Saludcoop EPS
RADICADO	05001-31-05-002-2015-01669-01 (P 10724)
DECISIÓN	Confirma
MAGISTRADA PONENTE	Carmen Helena Castaño Cardona

En la fecha, el **Tribunal Superior de Medellín, Sala Segunda de Decisión Laboral**, se reunió para emitir sentencia de segunda instancia en el proceso ordinario promovido por **HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE** contra **SALUDCOOP EPS**. con radicado **05001-31-05-002-2015-01669-01**.

De acuerdo con lo dispuesto en el numeral 1° del artículo 15 de la Ley 2213 de 2022, la presente decisión se profiere mediante sentencia escrita.

I. ANTECEDENTES:

Pretensiones:

La entidad demandante solicita que se declare que prestó servicios de salud a los afiliados de Saludcoop EPS en liquidación. Como consecuencia, se condene a la demandada a pagar los servicios de salud prestados, así como el importe insoluto de los resúmenes de cobro y las facturas mencionadas. El monto total asciende a la suma de \$2.432.058.725. Además de los intereses moratorios desde la fecha en que se debieron pagar los servicios hasta que se verifique el pago y las costas procesales.

Hechos:

entidad demandante expuso para sus reclamaciones que, debido a la naturaleza del objeto social de la demandada, es una Entidad Promotora de Salud (EPS), mientras que el Hospital Pablo Tobón Uribe es una Empresa Privada según su objeto social. Además, señaló que presentó facturas por un total de \$3.549.080.640 ante SaludCoop para su pago, cumpliendo con los requisitos estipulados por el estatuto tributario y los soportes exigidos por el anexo técnico 5 de la resolución 3047 de 2008 expedida por el Ministerio de la Protección Social. Agregó que la EPS no realizó los pagos correspondientes ni formuló objeciones a la facturación presentada por los servicios contratados. A pesar de esto, la demandada efectuó abonos por un total de \$1.117.021.915, los cuales fueron descontados de la facturación por \$3.549.080.640 presentada por la entidad demandante. Esto dejó un saldo insoluto a favor del Hospital Pablo Tobón Uribe por un monto de \$2.432.058.725.

Contestaciones:

Saludcoop EPS: se opuso en su totalidad a las pretensiones, argumentando que las facturas presentadas por la demandante no cumplen con los requisitos establecidos en el anexo técnico 5 numeral 8 de la Resolución 3047 de 2008 expedida por el Ministerio de Protección Social. Además, cuestionó la afirmación de que el Hospital Pablo Tobón Uribe tenga derecho a la retribución por parte de Saludcoop, indicando que este hecho deberá ser demostrado por la demandante. Agrega que, si bien es cierto que la atención inicial de urgencias es una obligación de las instituciones tanto públicas como privadas que ofrezcan servicios de salud independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio y no requiere de contrato ni orden previa, el Hospital Pablo Tobón Uribe no tiene derecho a la retribución de Saludcoop sin atenerse a los procedimientos normativos para ello, la entidad demandante deberá probarlo. Como excepciones de mérito formuló: cobro de lo no debido, inexistencia de las obligaciones y prescripción.

Sentencia de primera instancia:

El **Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Medellín** en sentencia del **16 de abril de 2024** resolvió **condenar** a la Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo Saludcoop, hoy liquidada, al pago de los servicios prestados a sus usuarios por parte del Hospital Pablo Tobón Uribe, en cuantía total de \$1.590.421.141. Así como a los intereses moratorios conforme el artículo 4 del Decreto 1281 de 2002, establecidos para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, sobre los recobros reconocidos en la providencia, calculados desde la fecha de la reclamación hasta el momento de la intervención forzosa por parte del Estado, esto es, 24 de noviembre de

2015, y a partir de ese momento, la indexación de lo debido hasta el momento del pago efectivo. Las costas procesales las impuso a cargo de la demandada.

Apelación:

La decisión anterior fue recurrida en apelación por **Saludcoop EPS**, en los siguientes términos: solicita se revoque la sentencia de primera instancia. Argumentó que el despacho debería considerar varios aspectos al fallar sobre las atenciones de urgencia, conforme a la ley 100 de 1993. Destacó que la EPS tiene la obligación de garantizar el acceso al servicio de salud de los afiliados a través de las IPS contratadas y que el Hospital demandante no tenía convenio con la EPS para atender a los pacientes en cuestión. En cuanto a la atención inicial de urgencias, argumentó que el paciente ingresa al Triage como puerta de entrada y el servicio debe prestarse según la complejidad de la patología. Recalcó la necesidad de que el prestador de servicios de salud cumpla con los procedimientos establecidos en la Resolución 3047 del 2008 para respaldar las facturas de atención presentadas a la entidad responsable del pago. Manifestó que cualquier atención posterior a la estabilización de la urgencia sin el trámite normado en la resolución estaría a cargo exclusivo del prestador de servicios de salud que actuó de esa manera, sin la autorización respectiva de la “SS”. Además, la entidad demandante no aportó prueba del procedimiento establecido por las normas y no cumplió con los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección en la resolución 3047 de 2008 para el cobro de servicios. Aludió a la existencia de un procedimiento especial para la presentación de reclamaciones dentro del proceso liquidatorio de Saludcoop, que el Hospital no siguió adecuadamente, buscando su reconocimiento mediante la vía ordinaria y desconociendo las normas especiales del proceso liquidatorio. Añadió que no había prueba técnica que demostrara la deuda reclamada por el Hospital y que la entidad estaba exenta de pagar intereses moratorios debido a la situación de liquidación en la que se encontraba desde 2015.

Alegatos:

Saludcoop EPS: *“De la norma en comento se puede concluir sin temor a equívoco alguno, que la capacidad para ser parte respecto de las personas jurídicas se acredita respecto de aquellas que existen en el mundo jurídico y no como lo es el caso de SALUDCOOP EPS O.C. HOY LIQUIDADA, misma que salió del tráfico jurídico el día 24 de enero de 2023, dado el cumplimiento de los requisitos propios de dicho trámite concursal y teniendo en cuenta que el vencimiento del término para culminar el proceso Liquidatorio acontece en la precitada fecha de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución Ejecutiva No. 151 del 22 de Julio de 2022 (...) Así las cosas, SALUDCOOP EPS O.C. HOY LIQUIDADA, carece de legitimación en la causa por pasiva, al carecer de personería jurídica, capacidad de goce y ejercicio. En virtud de lo anterior, a partir de la fecha del vencimiento, que declara terminada la existencia legal de SALUDCOOP EPS O.C. HOY LIQUIDADA, ningún tercero puede iniciar, promover o*

continuar demanda o actuación administrativa contra SALUDCOOP EPS O.C. HOY LIQUIDADADA, al carecer de capacidad procesal (...) Debe precisarse, que dada la inexistencia de la persona Jurídica de SALUDCOOP EPS O.C. HOY LIQUIDADADA, en el hipotético caso de una condena en contra a la extinta Entidad, resultaría materialmente imposible el inicio de procesos ejecutivos, en virtud a que tal y como se ha expuesto, la inexistencia de la Entidad conlleva necesariamente a la imposibilidad de vincularla como ejecutada dado que no tiene la capacidad para ser parte al interior de ningún proceso judicial". Con relación a la orden de sentencia, aludió a la atención de urgencias, la normatividad que la regula y el procedimiento. Indicó *"que el demandante no aportó prueba alguna del procedimiento dispuesto por las normas para ellos, ninguno de estos protocolos se cumplió por el Hospital Pablo Tobon Uribe. La IPS que recibe un paciente por urgencias para efectuar el cobro de servicios para efectuar el cobro de servicios debe cumplir con los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección social en la resolución 3047 de 2008 artículo 2 anexo técnico 3, protocolo obligatorio por la IPS y que no fue acatado por el demandante"*. Agregó que las facturas reclamadas se debieron acreditar dentro del proceso liquidatorio de la entidad. Advirtió acerca de la falta de prueba técnica en que se soporte la obligación reclamada por concepto de facturas por servicios prestados. Añadió que es improcedente alguna condena por concepto de intereses moratorios. Además de que no es viable condenar a intereses e indexación por el mismo concepto.

II. CONSIDERACIONES:

Teniendo en cuenta que la demandada recurrió en apelación la sentencia de instancia, resulta claro que el Tribunal apenas tiene competencia para revisar los puntos de inconformidad expuestos por el mandatario judicial atendiendo a lo dispuesto en los artículos 66 y 66A del Código Procesal Trabajo y de la Seguridad Social.

Problema jurídico

El problema jurídico para resolver abarcará los siguientes temas: i) determinar si hay lugar al reconocimiento y pago de las facturas reclamadas; ii) procedimiento liquidatorio de la EPS y el reclamo del pago de las facturas; iii) intereses moratorios.

i) Aplicación de la normatividad

El párrafo del artículo 20 de la ley 1122 de 2007 *"Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"* dispone que se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Por su parte, el artículo 67 de la ley 1438 de 2011 *"por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"* establece frente al sistema de emergencias médicas: *"Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes*

de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia”.

El artículo 21 del 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 frente al soporte de las facturas de prestaciones de servicios, lo siguiente: *“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”*

Por su parte, la resolución 3047 de 2008 *“Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007”* proferida por el Ministerio de la Protección Social, establece en su 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”*.

El Anexo Técnico No. 5 de la resolución 3047 de 2008, denominado *“SOPORTES DE LAS FACTURAS”*, define en el numeral 1º del literal A. la factura o documento equivalente como *“...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”* Asimismo, en su numeral 16 se define la 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”*

El literal B. del Anexo Técnico No. 5 denominado *“LISTADO ESTÁNDAR DE SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PARA EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO”*, establece en su literal 8º y 9º, frente a la atención inicial de urgencias y atención de urgencias, respectivamente, lo siguiente:

“8. 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.*

9. 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”*

Ahora, el trámite de glosas se encuentra contemplado en el artículo 23 del Decreto 4747 de 2007, el cual reza:

“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 éste sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

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.

Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas.

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley”

La normatividad anteriormente citada es la aplicable al presente asunto, atendiendo a la fecha de prestación de los servicios médicos reclamados.

ii) Obligación frente al cobro de facturas

Pretende el Hospital Pablo Tobón Uribe el pago de facturas por la prestación de servicios médicos en favor del Saludcoop EPS. Advirtió la entidad demandante que frente a la radicación de estas no se formularon glosas. Por su parte, el juzgado del conocimiento acogió las súplicas de la demanda al considerar que la parte actora acreditó con la prueba documental arrimada al expediente la prestación de los servicios de salud.

En los términos de los artículos **167 del Código General del Proceso** y **1757 del Código Civil**, corresponde a las partes acreditar los supuestos de hecho de las normas jurídicas que consagran el derecho que reclaman; el no hacerlo conlleva inexorablemente a la negativa de estos.

A su vez, el artículo **60 del Código Procesal del Trabajo** y de la Seguridad Social establece:

“El Juez al proferir su decisión, analizará todas las pruebas allegadas en tiempo”

Y, el artículo 61 del mismo estatuto procesal, reza:

“Libre formación del convencimiento. El Juez no estará sujeto a la tarifa legal de pruebas y por lo tanto formará libremente su convencimiento, inspirándose en los principios científicos que informan la crítica de la prueba y atendiendo a las circunstancias relevantes del pleito y a la conducta procesal observada por las partes. Sin embargo, cuando la ley exija determinada solemnidad ad substantiam actus, no se podrá admitir su prueba por otro medio. En todo caso, en la parte motiva de la sentencia el Juez indicará los hechos y circunstancias que causaron su convencimiento”

Según las disposiciones transcritas, si bien es cierto el Juez debe valorar la totalidad de los medios de prueba que se allegaron al proceso según las reglas de la sana crítica, esta situación no exime a las partes de cumplir con la carga procesal que les incumbe, en el sentido de otorgar al funcionario la certeza sobre el cumplimiento de los requisitos establecidos en el supuesto de hecho de la norma en que se fundamenta la pretensión, para el caso de la parte demandante, o sobre los argumentos planteados en los medios exceptivos, si se trata del demandado que pretende sacar adelante los argumentos de su defensa.

Pues bien, tal y como lo señaló el a quo, la demandada al dar respuesta al hecho 10° de la demanda, aceptó que es *“cierto que los servicios fueron prestados conforme con los documentos aportados”*. Asimismo, la demandada allegó como prueba

documental el soporte de los servicios prestados, tal y como se desprende del anexo 001, CD_1, tomo 1 al 4.

Tal y como lo advirtió el juzgado del conocimiento, si bien la demandada al dar respuesta al hecho 4 de la demanda, afirmó que los documentos adjuntos no cumplen con los requisitos establecidos en el anexo técnico 5, numeral 8 de la resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, lo cierto es que la EPS no hizo alusión a algún servicio en específico. En su lugar, su respuesta fue genérica y contradictoria al advertir que los servicios fueron prestados conforme con los documentos aportados.

Una vez revisada la documental y la aceptación de la demandada, se logra acreditar que los servicios por los que se reclama su pago fueron prestados junto con la documentación necesaria, por lo que la demandada está en la obligación de responder por el pago las facturas que cumplen con las exigencias establecidas en las normas señaladas previamente, en los términos descrito por el a quo. Nótese que, al igual que se hizo con la contestación de la demanda, en la sustentación al recurso de apelación tampoco se ataca alguna factura en particular o algún servicio médico específico. Además, si bien, no existe concepto pericial de los conceptos reclamados, ello se debe a que las partes reusaron esta prueba, en la medida que no pagaron los honorarios ordenados por el juez; no obstante, la demandada ninguna prueba o razón dio de que los documentos aportados no cumplieran con las exigencias normativas, al punto que ni glosas formuló una vez se le hizo la reclamación por vía administrativa.

En lo relacionado a la existencia de un procedimiento especial para la presentación de reclamaciones dentro del proceso liquidatorio de Saludcoop, se resalta que este no impide que se lleve a cabo un proceso declarativo, pues al igual que se indicó en la sentencia atacada por vía de apelación, tal restricción se predica de los procesos de ejecución. Y, es que, en los procesos liquidatorios se debe disponer de una reserva para atender el pago oportuno de las obligaciones condicionales o sujetas a litigio, sin que esto impida que los acreedores reclamen el pago de las obligaciones a cargo de la EPS a través de la vía judicial.

iii) Intereses de mora

El artículo 24 del Decreto 4747 de 2007, establece frente al reconocimiento de intereses, lo siguiente: *“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”*

Con respecto a los intereses moratorios para esta clase de acreencias es necesario hacer remisión al artículo 4° del decreto 1281 de 2002, el cual establece que serán liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

Por su parte, el artículo 7° de dicha norma permite su procedencia, en tanto el inciso 3° dispone que se generará el derecho a los intereses moratorios **desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro**. Asimismo, las reclamaciones se deberán realizar 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.

En este sentido y aunque no sea vinculante para esta Sala, el concepto de agosto 19 de 2010 del Consejo de Estado con radicado 11001 0306 000 2010 00086, ante consulta efectuada por el propio Ministerio de la Protección Social, fue claro al indicar que, en este tipo de casos, los intereses de mora sí son procedentes. Así lo explicó en su momento:

“En síntesis, el pago tardío de los recobros presentados al FOSYGA por servicios y medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, da lugar al pago de intereses de mora a la tasa establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, no sólo porque así se deriva de una lectura sistemática de los artículos 1, 4 y 13 del Decreto Ley 1281 de 2002, sino porque ello se adecua a las finalidades y objetivos mismos del decreto y del sistema de salud en general.

(...) En esa medida, si el Estado en ejercicio de sus facultades de ordenación y regulación del sistema, ha establecido el plazo para el pago de las obligaciones a cargo del FOSYGA por recobros no POS, necesaria/ debería considerarse que vencido dicho término la entidad estará en mora y serán aplicables entonces las consecuencias derivadas de esa situación de incumplimiento, entre otras la generación de intereses moratorios a la tasa prevista en el artículo 4 del Dto. Ley 1281 de 2002”

En el presente asunto, los servicios médicos por lo que se reclama el pago fueron prestados del 7 de marzo de 2011 al 5 de junio de 2015. Por su parte, el juzgado de instancia condenó al pago de \$1.590.421.141 por concepto de servicios prestados a usuarios de la EPS demandada por parte del Hospital Pablo Tobón Uribe. Declaró la prescripción frente a servicios radicados con anterioridad al 1 de mayo de 2012. De otro lado, condenó al pago de los intereses moratorios conforme el artículo 4 del Decreto 1281 de 2002, sobre los recobros reconocidos, calculados desde la fecha de la reclamación hasta el momento de la intervención forzosa por parte del Estado el 24 de noviembre de 2015.

Respecto a los intereses moratorios, es preciso aclarar que estos fueron ordenados hasta la intervención forzosa por parte del Estado. Las argumentaciones de la apelante, en las que señala que la EPS se encontraba en incapacidad de pagar las acreencias debido a su liquidación y configuraba un

caso de fuerza mayor, carecen de fundamento. Si bien es cierto que la EPS atravesaba una crisis financiera, esto no implica necesariamente que no tuviera la capacidad de cumplir con sus obligaciones. De hecho, es importante reconocer que la entidad podía contar con alternativas para afrontar sus responsabilidades, a pesar de las dificultades. En este sentido, es procedente el reconocimiento de los intereses moratorios en los términos establecidos por el juzgado, debido que, una vez que se produjo la intervención forzosa del Estado el 24 de noviembre de 2015, la EPS ya no estaba en condiciones de pagar directamente sus obligaciones debido a la pérdida de control sobre sus recursos.

De otro lado, la indexación ordenada a partir de este último momento también es procedente, en la medida que a la corrección monetaria se acude con el fin de procurar que el pago de lo debido sea cabal, íntegro o completo, o dicho en otros términos que el deudor cubra la prestación en su valor real, debido a la depreciación de la moneda. Nótese que, por un mismo concepto no se está realizando una doble condena por intereses e indexación, ya que los intereses corren hasta una fecha y posterior a esta procede la indexación.

Corolario de todo lo dicho, la sentencia que se revisa por vía de apelación merece ser **CONFIRMADA**.

iv) Costas procesales

Las costas procesales de la primera instancia quedan como lo dijo el juzgado del conocimiento. Las de la segunda instancia, atendiendo a lo establecido en el numeral 1° del artículo 365 del Código General del Proceso y por no salir avante la apelación formulada por la demandada, son de su cargo y en favor de la entidad demandante. Como agencias en derecho en esta instancia se fija la suma de \$1.300.000.

III. DECISIÓN:

En mérito de lo expuesto, la **Sala Segunda de Decisión Laboral del Tribunal Superior de Medellín**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

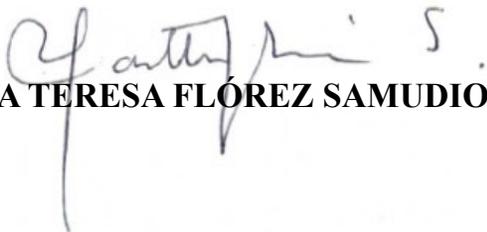
PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida por el Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Medellín el **16 de abril de 2024**, en el proceso ordinario adelantado por **HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE contra SALUDCOOP EPS**.

SEGUNDO: Las costas procesales y agencias en derecho quedan como se dijo en la motivación de esta providencia.

La anterior decisión se notifica por **EDICTO**.

LOS MAGISTRADOS


CARMEN HELENA CASTAÑO CARDONA


MARTHA TERESA FLÓREZ SAMUDIO


HUGO ALEXÁNDER BEDOYA DÍAZ



SECRETARÍA SALA LABORAL

EDICTO VIRTUAL

La secretaría de la Sala laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín notifica a las partes la sentencia que a continuación se relaciona:

PROCESO	Ordinario
DEMANDANTE	Hospital Pablo Tobón Uribe
DEMANDADO(S)	Saludcoop EPS
RADICADO	05001-31-05-002-2015-01669-01 (P 10724)
DECISIÓN	Confirma
MAGISTRADA PONENTE	Carmen Helena Castaño Cardona

El presente edicto se publica por el término de un (01) día hábil, con fundamento en lo previsto en el artículo 41 del CPTSS, en concordancia con el artículo 40 *ibidem*. La notificación se entenderá surtida al vencimiento del término de fijación del edicto.

CONSTANCIA DE FIJACIÓN

Fijado el 20 de junio de 2024 a las 8:00am

CONSTANCIA DE DESFIJACIÓN

Se desfija el 20 de junio de 2024 a la 5:00pm

RUBÉN DARÍO LÓPEZ BURGOS
SECRETARIO