

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**



**TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
SALA SEXTA DE DECISIÓN LABORAL**

RHINA ESCOBAR BARBOZA

Magistrada sustanciadora.

Bogotá, D.C., veintisiete (27) de junio de dos mil veinticinco (2025).

Discutido y Aprobado según Acta No 006.

I. ASUNTO

La Sala decide el **RECURSO DE APELACIÓN** que la **EPS SANITAS** y **ADRES** interpusieron contra la sentencia que el Juzgado Veintitrés Laboral del Circuito de Bogotá profirió el 05 de marzo de 2025, así como el **GRADO JURISDICCIONAL DE CONSULTA**, dentro del proceso ordinario laboral que adelanta la primera recurrente contra **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**.

II. ANTECEDENTES

1. Pretensiones y Hechos.

La demandante solicitó el reconocimiento y pago de \$245'762.342 por concepto de perjuicios en la modalidad de daño emergente derivado del rechazo de 124 facturas. Igualmente, pretendió gastos administrativos, intereses moratorios, e indexación.

Como fundamento de sus pretensiones, expuso los siguientes hechos: **1)** En cumplimiento de órdenes judiciales efectuó la cobertura y suministro del servicio de acompañante- auxiliar de enfermería y de hogares sustitutos para el cuidado de

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

adultos mayores o pacientes en fases discapacitantes o terminales a diferentes usuarios; servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud; **2)** Solicitó el pago ante el FOSYGA; no obstante, esta entidad señaló que tales rubros ya habían sido pagados o que estaban incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud; **3)** Los archivos físicos y los soportes administrativos de las facturas con radicado 103268838, 103268988, 103659261, 105112670, 105112772, 105113013, 106074426, 106074720, y 106434719, no se encuentran en su poder con ocasión al pago parcial de los mismos; **4)** El 07 de octubre de 2015 efectuó segunda reclamación administrativa ante la demandada, quien suministró respuesta; **5)** La prestación de los servicios ha significado un desgaste económico relacionado con la gestión de los mismos, debiendo contar con una estructura administrativa superior para lograr su atención. Igualmente, efectuó gastos de índole administrativo adicionales que no se encuentran dentro de la Unidad de Pago por Capitación; **6)** LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL a través de la Nota Externa 201433200296233 del 10 de noviembre de 2014 incluyó los servicios pretendidos como aquellos que no pueden ser financiados con recursos del sistema general de seguridad social, imponiendo que debía ser autorizado por autoridad judicial; y **7)** En el suministro de los servicios atendió lo dispuesto por el médico tratante de cada uno de sus usuarios.

2. Actuación Procesal en Primera Instancia.

2.1. Asignación de Competencia.

El juzgado de conocimiento, mediante providencia del 05 de mayo de 2016 declaró su incompetencia para conocer del asunto e inició conflicto negativo, el que sería resuelto por la Sala Disciplinaria del H. Consejo Superior de la Judicatura el 26 de abril de 2017, la que estableció tal factor en la jurisdicción ordinaria en su especialidad laboral (archivo 03).

2.2. Respuesta a la Demanda.

LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL se opuso a las pretensiones de la demanda. Formuló las excepciones que consideró tener a su favor, dentro de las que incluyó la de prescripción (fls. 543 a 562 del archivo 01).

Señaló que el ente encargado de dar respuestas a los recobros por servicios de salud es la ADRES, quien es la que la asumió los recursos financieros del FOSYGA.

2.3. Integración Litisconsorcio Necesario.

En audiencia del 16 de octubre de 2019 se integró en calidad de litisconsorte necesario a la **ADRES**, quien extendió contestación a la demanda, se opuso a las pretensiones de esta y, presentó las excepciones que consideraba tener a su favor, dentro de las que incluyó la de prescripción (fls. 543 a 562 del archivo 01).

Manifestó que: las glosas impuestas son de dos tipologías, lo recobrado corresponde a una exclusión del Plan Obligatorio de Salud y no se encuentra debidamente justificada en el acta del Comité Técnico Científico y aquello ordenado por fallo de tutela y, la tecnología de salud recobrada está incluida dentro de los planes de beneficios vigentes para la fecha de prestación del servicio.

Finaliza al indicar que, el Decreto 3099 de 2008 en ningún momento hace referencia a intereses moratorios; y la demandante debía acreditar los gastos administrativos en los que incurrió.

2.4. Llamamiento en Garantía.

La ADRES llamó en garantía a la **UNIÓN TEMPORAL NUEVO FOSYGA**, con fundamento en que celebró con esta, los contratos de consultoría n.º 055 de 2011 y n.º 043 de 2013, en el que se pactó una cláusula consistente en que, dicha unión debía mantener indemne a LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas vinculados o dependientes (fls.677 a 680 del archivo 01). Dicho llamamiento se aceptó mediante auto del 14 de septiembre de 2020 (fls. 681 y 682 del archivo 01).

UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014 se opuso a la demanda y al llamamiento en garantía. Formuló las excepciones que consideraba tener a su favor (archivo 08).

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

Expuso que: los rechazos son infundados, toda vez que en el trámite de auditoría conforme con la normativa vigente, se determinó que las tecnologías recobradas correspondían a prestaciones en salud que estaban comprendidas en el plan de beneficios en salud y por lo tanto, ya habían sido costeadas por la Unidad de Pago por Capitación y en los casos donde se evidenció que no podían ser financiados con recursos del sistema por estar excluidos del Plan de Beneficios de Salud se glosó con esta precisión.

Agregó que, su única función fue realizar la auditoría de los recobros y las pretensiones únicamente están dirigidas contra el Ministerio de Salud; precisó, además, que en la Ley 1955 de 2019 se estableció que la condena por concepto de falta de pago de facturas da lugar a indexación.

Afirmó que desde la Resolución 5395 de 2013, las atenciones domiciliarias, cuidador o auxilio de enfermería, se encuentran dentro del Plan Obligatorio de Salud; así como que la responsabilidad prevista en la cláusula de indemnidad no es de carácter objetivo o de resultado, por lo que la simple condena en contra de la ADRES no da lugar a responsabilidad patrimonial. Sobre las diferencias que existían en el trámite de glosas expuso la necesidad de ser sometidas al Tribunal de Arbitramento en virtud de lo dispuesto en cláusula compromisoria.

Dicha unión temporal también llamó en garantía a la **ADRES y a CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A.**, con base en que estas eran las entidades que debían asumir las obligaciones demandadas, puesto que la primera, suscribió el Contrato de Consultoría n.º 043 de 2013 que contiene una cláusula compromisoria, en la que se pactó que cualquier diferencia relacionada con este, debía ser ventilada ante un Tribunal de Arbitramento, y la segunda, la póliza 12/46405, en la cual **UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014** dispuso el amparo de las auditorías que realizara (fls.1 a 15 y 178 a 186 del archivo 08). Dicho llamamiento se aceptó mediante auto del 03 de febrero de 2022 (archivo 09).

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S. A. se opuso a la demanda y al llamamiento en garantía. Formuló las excepciones que consideraba tener a su favor (archivo 13).

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

Dijo que se impusieron glosas con fundamento en la normatividad legal así como que el valor pagado de las facturas requeridas no están a cargo de la UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014 sino del Estado a través de la ADRES al tratarse de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud; no intervino dentro del proceso de auditoría ni en la negativa de los recobros; la labor de la unión temporal era de mera auditoría; para que se active el amparo debe existir el siniestro, que para el asunto es que se haya cometido un acto erróneo en la ejecución del Contrato de Consultoría 043 de 2013; y debe tenerse en cuenta la vigencia del amparo requerido que es entre el 30 de julio de 2020 y el 29 de julio de 2021.

Por su parte, la **ADRES** también se opuso al llamamiento en garantía. Formuló las excepciones que consideraba tener a su favor (archivo 14).

Adujo que es la unión temporal quien debe responder por las pretensiones demandadas, por cuanto en caso de existir error en su auditoría, es quien debe asumirlas, en virtud de la cláusula de indemnidad del contrato de consultoría.

3. Providencia Recurrida.

El juzgado de conocimiento profirió sentencia condenatoria, en los siguientes términos:

PRIMERO. CONDENAR a la ADRES a reconocer y pagar a LA EPS SANITAS S.A. la suma de \$214'248.215, por concepto de 111 ítems detallados en la base de datos de excel contenida en la carpeta 76 del expediente, los cuales no hacen parte del PBS, la glosa impuesta es injustificada y no se ha configurado el fenómeno prescriptivo.

SEGUNDO. CONDENAR a la ADRES a reconocer y pagar a la EPS SANITAS S.A. la indexación del valor de los recobros respecto de los cuales se ordenó su reconocimiento, teniendo en cuenta el momento en que debieron ser pagados, esto es, desde los dos meses siguientes a la fecha de radicación del recobro según el artículo 13 de la Resolución 3099 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, y la fecha en que se realice su correspondiente pago.

TERCERO. DECLARAR probada la excepción de inexistencia de la obligación respecto de La Nación-Ministerio de Salud y respecto de las entidades que conforman la UT Fosyga 2014-

CUARTO. ABSOLVER a la ADRES de las demás pretensiones incoadas en su contra en el presente asunto.

QUINTO. ABSOLVER a LA NACIÓN-MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A.; y, CARVAJAL TECNOLOGÍA Y SERVICIOS SAS, SERVIS OUTSOURCING INFORMÁTICO SAS y GRUPO ASD SAS, integrantes de LA UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014 de todas y cada una de las pretensiones incoadas en su contra en el presente asunto.

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

SEXTO. COSTAS. Lo serán a cargo del ADRES y a favor de la parte actora. Tásense por Secretaría.

Para arribar a la anterior decisión, señaló que: los recobros fueron glosados por cuanto la tecnología solicitada se encontraba en el Plan Obligatorio de Salud o se trataba de una exclusión de este último y de conformidad con el dictamen pericial se lograba establecer que la mayoría de los servicios correspondían al acompañamiento de pacientes en condición de discapacidad severa, servicios no incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud hoy Plan de Beneficios de Salud.

Afirmaron que era deber de las empresas promotoras de salud garantizar la integralidad en el suministro de servicios y ello era posible cuando ante su reconocimiento por orden de tutela pueda recobrarlos ante el FOSYGA; lo que podía constatarse en el dictamen adosado, del que se podía extractar que 111 ítems no se encontraban dentro del Plan Obligatorio de Salud; cinco facturas no contaban con imágenes para soportar su cobro; seis recobros no reportaban pago, pero tres de estos fueron objeto de transacción; no operó prescripción, como quiera que se presentó reclamación dentro de los tres años siguientes a su causación, demandándose en igual lapso; no había lugar a gastos administrativos, ya que, no existía norma que justificara su cobro; no era dable imponer intereses moratorios, por cuanto sólo se indicaba un término para realizar cobros con cargo al FOSYGA, por demás que la demandada no estaba obligada al pago, pues se ordena mediante esta sentencia judicial; hay lugar a indexación por la pérdida del poder adquisitivo de la moneda, luego de dos meses de ser solicitado el recobro; y no había lugar a imponer condena a la UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014, como quiera que las obligaciones que se condenan estaban a manos de la ADRES, no existía responsabilidad a cargo de esta ni del FOSYGA., así como de la aseguradora llamada en garantía.

4. Argumentos de las Recurrentes.

EPS SANITAS señaló que había lugar a intereses moratorios, como quiera que, el Decreto 4747 de 2007 establecía el pago de los mismos y, se imponían cuando hay una glosa que no tiene fundamentación objetiva, la que debía contener parámetros para establecer por qué se glosó.

Por su parte, la **ADRES** explicó que los recobros no podían ser pagados a cargo de los recursos del sistema de seguridad social en salud, ya que se trataba de servicios

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

que se pagaban a través de la Unidad de Pago por Capitación, como es el caso de los de Auxiliar de Enfermería, mientras que los de Cuidador son servicios a cargo de la familia en virtud del principio de solidaridad; las terapias sombra son servicios que se encontraban excluidos, no estaban a cargo de la Entidad Promotora de Salud, conforme al Acuerdo n.º 029 de 2011, al igual que los servicios de terapias APA; con esto se estaría incurriendo en pagos indebidos a cargo del Estado; las respuestas del médico auditor frente a los servicios del Auxiliar Terapeuta fueron ambiguas al señalar que se asemejan a las de Cuidador, razón demás para considerar que era un servicio que debía ser prestado por el núcleo familiar cercano de los pacientes.

Agregó que, el juez podía apartarse del dictamen con el análisis de los demás medios probatorios, por demás que el perito no aportó los documentos idóneos que fundamentaron sus estudios, experiencia, así como tampoco realizó un estudio integral médico, jurídico y financiero; no se debe imponer indexación, pues no tiene fundamento al no prosperar el pago de las facturas; entre la unión temporal y el Ministerio de Salud hubo un contrato por medio del cual se realizó una auditoría, eran ellos los responsables de imponer las glosas y se adoptaron las decisiones por las que se impuso condena; y no eran viables las costas al ser consecuencial de los argumentos señalados.

5. Actuación Procesal en Segunda Instancia.

Allegadas las diligencias a esta Corporación, mediante el auto de fecha 07 de abril de 2025, se admitieron los recursos de apelación, así como el grado jurisdiccional de consulta. Luego se dispuso correr el respectivo traslado a las partes para alegar, oportunidad que fue utilizada por las partes y las llamadas en garantía, para reafirmar sus argumentos.

Ingresadas las diligencias al despacho, se observa que no existe nulidad que invalide lo actuado y, se advierte que en virtud de lo previsto en el artículo 66 A del C.P.T. y de la S.S, la competencia del Tribunal se limitará al estudio exclusivo de las materias objeto del recurso y, en virtud del artículo 69 *ejusdem* se estudiará la consulta a favor de la A.D.R.E.S.

6. CONSIDERACIONES PARA DECIDIR

Sentado lo anterior y conforme a los reparos expuestos en la apelación y aquello que debe abordarse en razón del grado jurisdiccional de consulta, la Sala encuentra como **problemas jurídicos** por resolver los siguientes:

¿Es dable ordenar el reconocimiento de los 111 ítems ordenados por la primera instancia?, ¿hay lugar al pago de intereses moratorios? y de ser el caso, ¿si es dable el pago de indexación y costas?

Tesis

Confirmar la decisión de primer grado.

Veamos las razones que llevan a la Sala a consentir en ello.

Recobros por Servicios No P.O.S.

El recobro en salud consiste en la solicitud presentada por una entidad denominada recobrante a fin de obtener el pago de cuentas ya reconocidas y pagadas por concepto de servicios o tecnologías, cuyo suministro es garantizado a afiliados al régimen contributivo o subsidiado del sistema general de seguridad social en salud. En ese orden de ideas, el recobro es una respuesta del sistema de seguridad social en salud tendiente a que todos los habitantes del territorio nacional gocen de una protección integral en salud, pues permite que estos accedan a determinados servicios o tecnologías que no están contempladas en el Plan Obligatorio de Salud hoy Plan de Beneficios en Salud (PBS).

En relación con el papel de sistema de seguridad social en salud el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, establece que:

«El sistema general de seguridad social en salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos habitantes del territorio nacional (...); este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan».

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

En igual sentido, la H. Corte Constitucional en sentencia CC T- 418-2013 expuso que, el derecho a la salud debe prestarse de manera íntegra, esto es, con el debido cumplimiento de los procedimientos, medicamentos y tratamientos prescritos por el médico tratante, conforme al literal c) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993. De modo que el goce efectivo del principio de integralidad requiere acciones positivas por parte del Estado y de los prestadores del servicio de salud, encaminadas a garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación, con plena observancia de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, so pena de poderse menoscabar el derecho a la vida en condiciones dignas.

Así mismo, argumentó en la providencia CC T-224-2020 que, la fuente de financiación de los servicios o tecnologías que sea necesario reconocer a un paciente no puede convertirse en un obstáculo para que éste acceda a ellos. En tal sentido, las entidades e instituciones prestadoras de salud deben garantizar el acceso a los servicios y tecnologías requeridos con independencia de sus reglas de financiación, de manera que, una vez suministrados, están autorizadas a efectuar los cobros y recobros que procedan de acuerdo con la reglamentación vigente.

Es así como el Plan Obligatorio de Salud (hoy Plan de Beneficios de Salud), constituye una serie de parámetros o premisas que deben atender las entidades promotoras de salud de forma obligatoria para la atención en servicio de salud de los afiliados y que para el caso que nos ocupa, se encuentran previstos en los Acuerdos n.º 008, 226, 228, 236, 263, 282, 259, 302, 306, 313, 336, 350, 356, 368, 380, 003, 008, 028, 029 de 2011, 31 y 34 de 2012 proferidos por la Comisión de Regulación en Salud – CRES, para lo que se debe tener en cuenta la fecha en que se prestaron los servicios de salud que son objeto de este proceso.

Por su parte, el literal f) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, establece que la financiación de las Entidad Promotora de Salud para atender a sus afiliados según los parámetros del Plan Obligatorio de Salud, se da a través de la unidad de pago por capitación, o en su defecto, si los procedimientos practicados a los usuarios no se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, deben ser pagados por el Ministerio de Salud hoy la ADRES. como administrador del FOSYGA, y cuyo procedimiento se debe hacer conforme a las disposiciones de la Resolución n.º 3099 de 2008 y el Decreto 5521 de 2013.

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

De acuerdo con lo dispuesto en la citada Resolución, es procedente el recobro de las tecnologías no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, en dos eventos: cuando se trata de un procedimiento, medicamento, ayuda diagnóstica, entre otros practicado en virtud de una orden judicial en un fallo de tutela y cuando el procedimiento requerido por el paciente haya sido autorizado por el Comité Técnico Científico, conforme al procedimiento y limitantes que allí se establecen para tal aprobación.

En igual sentido, la H. Corte Constitucional en sentencia CC T-313-2014 con fundamento en lo considerado en la providencia CC T-760-2008 señaló que: en caso de duda acerca de la exclusión o no de un servicio de salud del Plan Obligatorio de Salud, debe aplicarse la interpretación que resulte más favorable a la protección de los derechos de la persona, de conformidad con el principio *pro homine*; la interpretación de las exclusiones debe ser restrictiva a la vez que la interpretación de las inclusiones debe ser amplia; y una interpretación expansiva de las exclusiones es incompatible con el principio *pro homine*.

Ahora bien, la parte actora elevó cuenta de cobro al Ministerio de Salud y Protección Social hoy representando por la ADRES a fin de solicitar el pago de 124 facturas por los siguientes servicios que fueron ordenados por vía de tutela y que se prestaron a sus afiliados entre el 02 de julio de 2013 y el 01 de julio de 2014: acompañamientos terapéuticos, acompañamientos tutorial, cuidadores domiciliarios, auxiliares de enfermería con labor de cuidadores y servicio de internado en CERES para tratamiento especial que incluye acompañamiento permanente por auxiliar de enfermería.

Ahora bien, frente al recobro de estos servicios se impuso glosa por las siguientes razones: «*La tecnología en salud recobrada está incluida en los planes de beneficios vigentes para la fecha de prestación*», así como por cuanto «*Lo recobrado corresponde a una exclusión del POS y no se encuentra debidamente justificada en el Acta de CTC u ordenada expresamente en el fallo de tutela*».

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

Conforme a lo anterior, es claro que la controversia que se suscita entre las partes tuvo origen, concretamente, en que la entidad demandada señala que lo recobrado está incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Ahora bien, en cuanto al servicio de enfermería o de cuidador, la H. Corte Constitucional, en sentencias CC T-226-2015 y CC T-423- 2019 dispuso:

«Al respecto, la Sentencia T-154 de 2014 determinó que el servicio de cuidador: (i) es prestado generalmente por personas no profesionales en el área de la salud; (ii) a veces los cuidadores son familiares, amigos o sujetos cercanos; (iii) es prestado de manera prioritaria, permanente y comprometida mediante el apoyo físico necesario para que la persona pueda realizar las actividades básicas y cotidianas, y aquellas que se deriven de la condición médica padecida que le permitan al afectado desenvolverse adecuadamente; y (iv) representa un apoyo emocional para quien lo recibe.

En efecto, en virtud del principio de solidaridad, este apoyo necesario puede ser brindado por familiares, personas cercanas o un cuidador no profesional de la salud. La Corte ha señalado, de hecho, que el servicio de cuidador no es una prestación calificada cuya finalidad última sea el restablecimiento de la salud de las personas, aunque sí es un servicio necesario para asegurar la calidad de vida de ellas. En consecuencia, responde al principio de solidaridad que caracteriza al Estado Social de Derecho e impone al poder público y a los particulares, determinados deberes fundamentales con el fin de lograr una armonización de los derechos» (Subrayado y negrilla por la Sala)

A la par, en sentencia CC T-065-2018 estableció:

«Esta Corporación ha destacado que, en específico, el auxilio que se presta por concepto de “**servicio de enfermería**” constituye una especie o clase de “atención domiciliaria” que supone la asistencia de un profesional cuyos conocimientos calificados resultan imprescindibles para la realización de determinados procedimientos propios de las ciencias de la salud y que son necesarios para la efectiva recuperación del paciente.

De conformidad con esto, debe entenderse que se trata de un servicio médico que debe ser específicamente ordenado por el galeno tratante del afiliado y que su suministro depende de unos criterios técnicos-científicos (...).

4.3. En relación con la **atención de cuidador**, es decir, aquella que comporta el apoyo físico y emocional que se debe brindar a las personas en condición de dependencia para que puedan realizar las actividades básicas que por su condición de salud no puede ejecutar de manera autónoma, se tiene que ésta no exige necesariamente de los conocimientos calificados de un profesional en salud». (Subrayado y negrilla por la Sala)

Por su parte, la sentencia CC SU-508-2020 sostuvo que el pluricitado servicio se encuentra actualmente reglamentado en el Plan de Beneficios en Salud(2017) y se rige por la modalidad de atención domiciliaria. Así, se define como la modalidad de prestación de servicios de salud extrahospitalaria, que busca brindar una solución a

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia; este servicio se circunscribe únicamente al ámbito de la salud y procede en casos de enfermedad en fase terminal y de enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, sin que en ningún caso sustituya el servicio de cuidador; y si existe prescripción médica se debe ordenar directamente.

De esta manera, no se encontraba una inclusión de los servicios aludidos dentro del Plan Obligatorio de Salud para el momento de la prestación de servicios; esto, con la aclaración que el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 3778 del 24 de septiembre de 2013, por la cual se modificó la Resolución 2977 de 2012, precisó en su Anexo técnico en el literal f), que la atención domiciliaria no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud, así:

« (...) f) **Atención domiciliaria.**

Elementos para la atención domiciliaria. La atención domiciliaria como alternativa de la atención ambulatoria u hospitalaria institucional, debe garantizarse cumpliendo las normas de habilitación vigentes y lo recomendado por el médico tratante. Es decir, la recomendación de una atención domiciliaria no exime a las EPS de gasto alguno sino que las obliga a garantizar un servicio alternativo a la atención ambulatoria y hospitalaria convencional, pero entendiéndose que si ello implica la necesidad de enseres como camas especiales, o adecuaciones del domicilio como barandas o rampas, se considera cobertura del POS.

La atención en la modalidad domiciliaria estará cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad establecidas en la normatividad vigente en salud, es decir, la cobertura está dada solo con finalidad del ámbito de la salud y por lo tanto no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud (...)» (negrilla subrayado nuestro)

En tal sentido, el Plan Obligatorio de Salud vigente, Decreto 5521 de 2013 en su artículo 29 establecía que la cobertura de la atención domiciliaria suministrada a los pacientes que la requieren *«no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud»*, pues dicha asistencia está dada solamente para el ámbito de la salud.

De esta manera, es claro que los servicios aludidos al tener carácter asistencial y no directamente relacionado con la garantía de la salud, si bien le compete en

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

primer lugar a la familia solidarizarse y brindar la atención y cuidado que necesita el pariente en situación de indefensión, si estos no se cuentan con capacidad física o económica de garantizar ese soporte, el servicio de cuidador a domicilio, cuya prestación compromete la vida digna de quien lo necesita, debe ser proporcionado por el Estado (CC T-096-2016).

Las anteriores conclusiones son contestes con el dictamen rendido en juicio y que obra en el archivo 47, por lo que no se encuentran razones para apartarse del mismo en esta materia. Al punto, CSJ SL4346-2020 y CSJ SL2349-2021 señala que, los jueces frente a los dictámenes periciales están sometidos a los principios de libre formación del convencimiento y apreciación crítica y conjunta de la prueba, previstos en los artículos 60 y 61 del C.P.T. y de la S.S.

Por el contrario, el galeno **Fernando Quintero Bohórquez** al comparecer a juicio para efectos de la contradicción del dictamen, fue claro en señalar que: se verificaron los fallos de tutela; estos estaba completos, legibles y se aportaron en forma integral; de tales fallos se colige que los afiliados eran sujetos de protección especial y que el tratamiento integral incluía esas tecnologías, por ende, se descarta que fueron allegados de forma completa; se realizó el dictamen con los tres componentes, el financiero, médico y jurídico; el servicio de cuidador domiciliario es el acompañamiento para cubrir las actividades de la vida diaria, aseo, alimentación, afeitarlo, sacar a deambular, acompañar, y estimular al paciente, lo que se denomina actividades de la vida diaria; tales servicios pueden ser prestado por personal de salud, siempre y cuando exista una orden judicial que demuestre la necesidad de que este paciente sea manejado así; estos servicios no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud; los servicios de auxiliar de enfermería consisten en suministro de medicamentos, cuidado del paciente, toma de signos vitales, pero en el campo de cuidador consisten en la alimentación del paciente, baños y aseo del paciente, y similares; en ese sentido tal servicio no está incluido en el Plan Obligatorio de Salud; y del análisis completo de las acciones de tutelas se colegía que buscaba un servicio integral y la necesidad de que este tipo de pacientes en condición de discapacidad y dependencia casi que absoluta, tengan la posibilidad de atención.

Por tanto, se considera al igual que la primera instancia que hay lugar al reconocimiento de los recobros que se fundamentaron en este tipo de servicio, pues

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

para el momento de su reconocimiento no hacían parte del Plan Obligatorio de Salud; característica de la que también dio cuenta la **testigo María Esperanza Rozo Gómez.**

En cuanto a los referidos a **acompañamientos terapéuticos, tutoriales y CERES para tratamiento especial** (Centro de Rehabilitación del Niño Especial), señala el aludido dictamen que: estos son aquellos profesionales que actúan como auxiliares de salud, se brinda colaboración con una persona que está bajo tratamiento médico; pueden asistir a los pacientes de diferentes maneras, especialmente, a quienes padecen de autismo, esquizofrenia, psicosis, trastornos de desarrollo y otros inconvenientes; el rol del acompañante terapéutico varía con cada paciente; en algunos casos el acompañante colabora con el paciente para que pueda realizar ciertas actividades cotidianas que, en solitario, no podría llevar a cabo; también impulsa al paciente a continuar con su tratamiento, lo ayuda en terapias físicas que el paciente se resiste a realizar, puede buscar potenciar su relacionamiento social, y que a grandes rasgos es un soporte para que el paciente aprenda a llevar una vida plena a pesar de sus limitaciones; y en cuanto al apoyo pedagógico busca desarrollar procedimientos, estrategias, materiales, infraestructura, metodologías y personal que los establecimientos educativos estatales de educación formal ofrecen a los estudiantes con discapacidad y aquellos con capacidades o con talentos excepcionales.

De lo anterior se deriva que, si bien son asuntos que se alejan de la esfera del campo de salud, pues se enmarcan dentro del ámbito de la protección social, es posible considerar que cuando una autoridad judicial ordena que sea el sistema de salud quien asegure tales tratamientos, deben ser estos, reconocidos por el mismo; aspectos que permite señalar que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud ni son sufragados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Al respecto, el galeno antes referido señaló que el acompañamiento terapéutico es una de las primeras tecnologías que: no está incluida en el plan básico; este servicio se ofrece a pacientes con discapacidades severas, quienes son considerados sujetos protegidos por el Estado; estos servicios consisten en brindar apoyo y compañía a pacientes durante el tiempo que lo necesiten, y puede ser realizado por profesionales o auxiliares de la salud; incluso, en los planes de beneficios actuales, no se detallan claramente estas actividades, que podrían ser comparadas con el trabajo de los cuidadores primarios de los pacientes, no hay una inclusión específica

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

de este tipo de acompañamientos; pueden ser actividades relacionadas por auxiliares de enfermería, siempre y cuando las actividades que esté desarrollando tengan que ver con el manejo de actividades de la vida diaria de los pacientes; para determinar si los servicios de terapeuta tiempo completo hacen parte del espectro de las terapias ABA, hay que mirar que actividades están relacionadas, pero que el terapéutico es diferente, tienen una connotación similar en el sentido de que se aplica al mismo tipo de pacientes que definitivamente tienen una alteración cognitiva marcada, que son todos sujetos de protección pero, en la del componente básico de las terapias ABA es un componente educativo, que tampoco se encuentra incluido dentro de los planes de beneficios; y los terapeutas están excluidos del Plan Obligatorio de Salud.

Ciertamente, los numerales 2 y 3 del artículo 6 del Acuerdo 29 de 2011 excluye tecnologías en salud de carácter experimental y las que se utilizan con fines educativos, instruccionales o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral:

«ARTÍCULO 6o. CRITERIOS PARA LAS EXCLUSIONES. Los criterios generales para las exclusiones explícitas del Plan Obligatorio de Salud son los siguientes:

(...) **2.** La tecnología en salud de carácter experimental o sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad, o que no haya sido reconocida por las autoridades nacionales competentes.

3. La tecnología en salud que se utiliza con fines educativos, instruccionales o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral (...)

Al punto, en las decisiones CC T-802-2014 y CC T-364-2019 establece que dichas terapias son las llamadas *«terapias sombra»*, las que consisten en el servicio que presta una *«persona (maestro o niño, por ejemplo) que acompaña de manera permanente a un niño con [Trastornos del Espectro Autista - en adelante TEA-] a fin de vincularlo con el mundo exterior»* (T-364 de 2019); pese a ello, tales terapias si bien brindan acompañamiento terapéutico en un ambiente natural, carecen de evidencia científica que la respalde, y en ese orden, se trata de un servicio de salud expresamente excluido del sistema de salud, por lo que, en principio, no puede ser financiado con los recursos públicos destinados a este último. Lo anterior, cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta lo establecido en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011:

«ARTÍCULO 154. PRESTACIONES NO FINANCIADAS POR EL SISTEMA. Son el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, servicios, tratamientos, medicamentos y otras tecnologías médicas que no podrán ser reconocidas con cargo

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con el listado que elabore la Comisión de Regulación en Salud –CRE–. Esta categoría incluye las prestaciones suntuarias, las exclusivamente cosméticas, **las experimentales sin evidencia científica**, aquellas que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano y **las que no sean propias del ámbito de la salud**. Los usos no autorizados por la autoridad competente en el caso de medicamentos y dispositivos continuarán por fuera del ámbito de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Mientras el Gobierno Nacional no reglamente la materia, subsistirán las disposiciones reglamentarias vigentes». (Negrillas por la Sala).

De esta manera, es claro que para considerar que las terapias este tipo de terapias no son propias del ámbito del sistema general en salud; no obstante, al existir una orden de una autoridad judicial que dispuso su garantía amparando el derecho fundamental de salud, se entiende que deben ser asumidos tales servicios por cuenta del Estado.

Por tanto, le asiste razón a la primera instancia al considerar que es dable el reconocimiento de los servicios referidos al tratarse de un servicio no incluido en el Plan Obligatorio de Salud, por lo que, en tal sentido, es dable el reconocimiento de tales servicios a cargo del Estado; característica de la que también dio cuenta la **testigo Cindy Lorena Cañola Higuera**.

Prescripción y Valor Facturas.

Teniendo en cuenta que el caso fue asignado a la especialidad laboral por mandato del Consejo Superior de la Judicatura- Sala Jurisdiccional Disciplinaria, las normas que imperan en el asunto son las de la materia, esto es, el 151 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social que señalan un término de tres años para solicitar la prestación desde que la obligación se hizo exigible.

En igual sentido, y en gracia de discusión, y dado que al criterio de la H. Corte Suprema de Justicia en Sala Plena el 23 de marzo del 2017, Exp. 110010230000201600178-00, reiterado el 25 de mayo del mismo año, Exp. 110010230000201600260-00, el caso versa sobre facturas y sería competencia de la especialidad civil, y en este caso por cuanto se demanda un ente público la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, (mirar providencia del 12 de abril de 2018, APL1531-2018, Exp. 110010230000201700200-01; criterio avalado por la H. Corte Constitucional en providencia CC A-389-2021), la conclusión a la que se arribaría sería exactamente la misma, esto es, que el término de prescripción es de tres años. Lo

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

dicho, por cuanto en pronunciamiento del H. Consejo de Estado, sentencia del 30 de enero de 2014, radicada 25000-23-24-000-2007-00099-01, se consideró sobre la naturaleza de las facturas y su término de prescripción, lo siguiente:

« 2). Naturaleza de las facturas de prestación de servicios de salud y su prescripción.

(...)

Esta Sección en reciente providencia se pronunció sobre la naturaleza de las facturas emitidas con ocasión del contrato de prestación de servicios de salud, celebrado entre las Entidades Promotoras y las Instituciones Prestadoras de Salud.

En efecto, en sentencia de 30 de enero de 2014, (Expediente núm. 2007-00210-01, Consejera Ponente doctora MARÍA ELIZABETH GARCÍA GONZÁLEZ), al resolver un asunto con aspectos fácticos y jurídicos semejantes al que ahora nos ocupa, señaló:

“Al respecto, la Sala tiene en cuenta lo siguiente:

El artículo 5° del Decreto 183 de 1997 establece que la facturación que se presente como consecuencia de la compraventa de servicios médicos entre las Entidades Promotoras y las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, entre sí, deberá sujetarse a una misma codificación que acuerden éstas a través de las principales entidades que las agrupen. De no ser adoptada, será establecida por el Ministerio de Salud y será de obligatorio cumplimiento para las EPS e IPS, públicas o privadas.

El artículo 772 del Código de Comercio define la Factura como “...un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio.

No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito”.

De las normas transcritas, infiere la Sala que el prestador del servicio de salud deberá expedir verdaderos títulos quirografarios, denominados ‘Facturas’, a la EPS como consecuencia de la compraventa del servicio mencionado con el propósito de que las mismas sean pagadas en los términos y bajo el procedimiento establecido en la Ley.

Estos títulos valores (facturas), para su validez y eficacia deberán reunir los requisitos previstos en los artículos 621 y 774 del Código de Comercio, así como los consagrados en el artículo 617 del Estatuto Tributario.

Así mismo, se encarga de reconocerlo la apelante cuando señala en su recurso de apelación que: “las facturas de venta allegadas, cumplían en su totalidad de los requisitos exigidos por el Estatuto Tributario y fueron radicadas en la EPS...”.

La Sala observa que, entre las partes procesales en el presente caso, existió una verdadera relación comercial que llevó a la demandante a expedir facturas por la prestación del servicio de salud, que tenían el carácter de cambiarias de compraventa y se asimilaban en todos sus efectos a una letra de cambio.

Por tal motivo, la acción que surge en el presente evento no es la Ejecutiva, como lo señala la recurrente, sino la prevista en el artículo 780 del Estatuto Mercantil denominada Acción Cambiaria, que goza de un término de prescripción de tres años

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

y que surge en el momento en que el tenedor legítimo de un título valor no obtiene en forma voluntaria el pago de las obligaciones allí incorporadas”.

En consecuencia, considera la Sala que, habiéndose emitido las facturas en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2001, y presentada la reclamación para su pago en sede administrativa ante el Agente Liquidador el 21 de febrero del año 2005 (folio 231 del cuaderno núm. 1), la Acción Cambiaria correspondiente se encontraba prescrita para la fecha del reclamo y no le era permitido al servidor público reconocer y pagar obligaciones prescritas, so pena de comprometer su responsabilidad fiscal y disciplinaria”.

En este orden de ideas, reitera la Sala que las facturas emitidas con ocasión del contrato de prestación de servicios de salud, son títulos valores, que para su validez y eficacia deberán reunir los requisitos previstos de ley y que prescriben en tres años.»

Así las cosas, observa la Sala que se demandó el 14 de marzo de 2016 (fl.517 del archivo 01), y que las facturas datan entre el 02 de julio de 2013 y el 01 de julio de 2014, por lo que, no operó el fenómeno al demandarse incluso, dentro de los tres años que trata los artículos 151 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social y 488 y 489 del Código Sustantivo del Trabajo del primer servicio reconocido por la Entidad Promotora de Salud demandante.

Responsabilidad UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014.

Con el Contrato de Consultoría N° 043 de 2013, se pactaron las diversas obligaciones generales de la UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014, señalándose entre otras en la cláusula séptima, las siguientes:

«**7.2.1.30** Responder patrimonialmente cuando el FOSYGA y/o el Ministerio, o quien haga sus veces, sea condenado judicialmente por eventuales errores o deficiencias en el proceso de auditoría atribuibles al Contratista.

(...) **7.2.1.50** Responder al Ministerio o a quien haga sus veces por los perjuicios que pueda causar el retardo o los errores cometidos en desarrollo de las labores de auditoría de los recobros por servicios extraordinarios no incluidos en el Plan de Beneficios y a las reclamaciones ECART a cargo del contratista. Si como consecuencia de lo anterior se generan acciones judiciales en contra del Ministerio o quien haga sus veces el contratista podrá ser llamado al proceso como responsable.»

Del mismo modo, en la cláusula duodécima se estipuló la «*cláusula de indemnidad*» en la que se consignó:

«**CLÁSULA DÉCIMA SEGUNDA. INDEMNIDAD.** Con ocasión de la celebración y ejecución del presente contrato EL CONTRATISTA se compromete y acuerda en forma irrevocable a mantener indemne al MINISTERIO por cualquier daño o perjuicio

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

originado en reclamaciones de terceros que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes».

Pese a ello, en el citado contrato de auditoría, se pactó:

«CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA. CLÁUSULA COMPROMISORIA. Las partes contratantes acuerdan que toda controversia o diferencia relativa a la ejecución y liquidación de este contrato, se intentará resolver, en primer lugar, mediante arreglo directo, esta se (sic) entre las partes. En el evento que las partes, no pudiesen solucionar la diferencia mediante arreglo directo, en un periodo de tiempo que no pueda superar sesenta (60) días contados a partir del momento que cualquiera que ellas manifiesten su existencia, está se someterá y resolverá por un Tribunal de Arbitramento integrado por tres (3) árbitros, que decidirá en derecho y se sujetará al reglamento del Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Cámara de Comercio de Bogotá (...)

(Negrillas por la Sala).

Por tanto, con el acuerdo de voluntades plasmado en la citada cláusula, la Sala considera que frente a las controversias que surgen del contrato de consultoría- las cuales se aclara no se índole laboral ni sujetas a convención o pacto colectivo- se sustrajo a esta jurisdicción de su conocimiento.

Intereses Moratorios.

El artículo 7 del Decreto 1281 de 2002 señala que *«(...) 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.»*

Así mismo, el artículo 24 del Decreto 4747 de 2007 dispone 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.»*

En la misma dirección, respecto del término para la presentación de los cobros el artículo 13 del Decreto 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto 19 de 2012, señaló: *«Las reclamaciones o cualquier tipo de cobro que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del FOSYGA se deberán*

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

presentar ante el FOSYGA en el término máximo de (1) año contado a partir de la fecha de la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda».

Así las cosas, de las disposiciones normativas en cita, claramente se evidencia la procedencia de los intereses moratorios cuando las glosas son infundadas, siempre y cuando el cobro se presente dentro de los seis meses siguientes a la prestación del servicio o la ocurrencia del hecho generador, y bajo dicha precisión, procedió la Sala a verificar la base de información contenida en la demanda (archivo 76), y encontré que se radicó la reclamación el 15 de julio de 2015, por lo que no hay lugar a intereses moratorios.

Indexación.

La indexación se erige como una garantía constitucional (art. 53 Constitución Política), que se materializa en el mantenimiento del poder adquisitivo, en relación con el índice de precios al consumidor certificado por el DANE (CSJ SL359-2021), por lo que, es acertada su condena; por ende, tal condena se confirmará.

Costas Primera Instancia.

En lo referente a costas el artículo 365 del Código General del Proceso establece que se condena en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación que haya propuesto, por lo que al resultar la sentencia contraria a los intereses de la ADRES se considera que es esta debe asumir tal carga, por lo que se confirmará la sentencia en tal sentido.

Corolario de lo anterior, la sentencia se CONFIRMARÁ en su integridad.

IV. COSTAS DE SEGUNDA INSTANCIA.

Sin costas en esta instancia.

V. DECISIÓN

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-023-2016-00075 -02.

Demandante: **EPS SANITAS.**

Demandado: **LA NACIÓN- MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.**

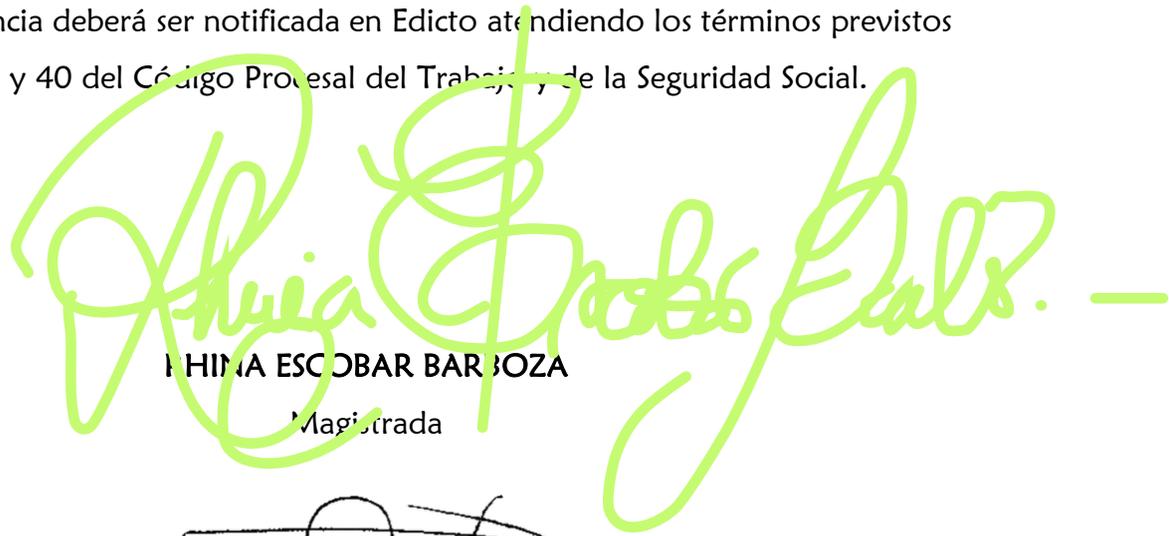
En mérito de lo expuesto, Administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, D.C., SALA SEXTA DE DECISIÓN LABORAL,**

RESUELVE:

PRIMERO. – **CONFIRMAR** la sentencia proferida el 05 de marzo de 2025 por el Juzgado Veintitrés Laboral del Circuito de Bogotá, por las razones expuestas en la parte considerativa.

SEGUNDO. –. Sin cosas en esta instancia.

Esta sentencia deberá ser notificada en Edicto atendiendo los términos previstos en el artículo 41 y 40 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.



HINA ESCOBAR BARBOZA

Magistrada



ELCY JIMENA VALENCIA CASTRILLÓN

Magistrada



LORENZO TORRES RUSSY

Magistrado
SALVO VOTO

SALVAMENTO DE VOTO

GRADO JURISDICCIONAL DE CONSULTA, dentro del proceso ordinario laboral que adelanta la primera recurrente contra LA NACIÓN-MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

Respetuosamente salvo voto respecto a la decisión mayoritaria expuesta en la decisión de la referencia, por cuanto considero que la asignación del conocimiento del presente asunto por parte de la sala disciplinaria del consejo Superior de la Judicatura, no puede alterar el marco normativo sustancial que corresponde al acto administrativo de la glosa, que en mi sentir impone la aplicación de las normas sobre caducidad previstas en el CPACA.

Adicionalmente la decisión de primera instancia se sustentó entre otras en la prueba pericial decretada, para determinar si las materias de la prestación de los servicios cuyo reconocimiento se pretende, estaban incluidas en el POS e involucradas dentro de la UPC, lo cual constituye una desfiguración del objeto de la prueba que tiene unas limitaciones precisas referidas a conocimientos científicos, técnicos o artísticos.

El artículo Art. 226 C.G.P. dispone:

En cuanto a su procedencia, podemos decir que su objetivo se centra en verificar hechos que interesen al proceso; su necesidad, **que se requieran de especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos**; y como requisito, su elaboración sólo estará a cargo de un perito.

En este artículo se indican el comportamiento y el contenido (declaraciones e informaciones) de los dictámenes periciales, que serían:

1. **No son admisibles los dictámenes periciales que versen sobre puntos de derecho.** Una sola excepción, podrán las partes acudir a abogados cuando se trate de probar una ley o una costumbre extranjeras.
2. Con la firma del dictamen se entiende manifestado bajo juramento.

3. Los peritos deben aportar los documentos que: *i)* acrediten su idoneidad y experiencia, y, *ii)* los que le sirvieron de fundamento para el dictamen.
4. Todo dictamen debe ser claro, preciso, exhaustivo y detallado. Explicando exámenes, métodos, experimentos, investigaciones y fundamentos.
5. Identidad de las personas que intervienen en la elaboración del dictamen.
6. Datos de localización del perito (Número de identidad, dirección, teléfono, etc.). Profesión, arte, oficio o actividad de los que intervienen en la elaboración del dictamen; anexando los respectivos soportes.
7. Publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, hechas por el perito en los últimos diez (10) años, si las tuviere.
8. Relacionar los casos en los cuales haya sido designado como perito, o haya participado en la elaboración de alguno, en los últimos cuatro (4) años. Datos del órgano judicial, las partes, apoderados y la materia sobre la cual versó el dictamen.
9. Indicar si ha sido designado en procesos anteriores o en curso, por la misma parte o apoderado, indicando el objeto del dictamen.


LORENZO TORRES RUSSY
Magistrado