Información del proceso judicial asociado a la ficha

Número de la ficha:	59197
Elaborada por:	HILBANA MICHEL GALLEGO MUÑOZ (ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD)
Código único del proceso:	05001310500920150003600
Jurisdicción:	ORDINARIO LABORAL
Tipo de acción o medio de control:	ORDINARIO LABORAL
Despacho actual:	JUZGADO 09 LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLIN
Valor económico inicial:	$212,077,704.00
Valor económico indexado:	$331,340,493.88
Última actuación:	AUTO QUE TERMINA POR AGOTAMIENTO DE JURISDICCION

Partes del proceso o caso:

Tipo de parte procesal	Tipo de documento	Identificación	Nombre/Razón social	Calidad
OTRA PARTE	No figura		COMFENALCO ANTIOQUIA	DEMANDANTE
ENTIDAD	Número de identificación tributaria	900474727	DIRECCION DE ADMINISTRACION DE FONDOS DE LA PROTECCION SOCIAL DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	DEMANDADO
ENTIDAD	Número de identificación tributaria	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	DEMANDADO

Hechos:

1 LA PARTE DEMANDANTE MANIFIESTAQUE EN CUMPLIMIENTO DE SU DEBER LEGAL, A TRAVES DE SU EPS ENTREGÓ OPORTUNAMENTE LOS MEDICAMENTOS Y/ O PRESTÓ PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES O ELEMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) ORDENADOS A TRAVÉS DE FALLO DE TUTELA Y/O APOBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE VARIOS AFILIADOS. 2. LA PARTE DEMANDANTE AFIRMA QUE LA ENTIDAD DEMANDADA ADEUDA LA SUMA DE RECOBROS POR LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS LOS CUALES NO ESTÁNINCLUIDOS EN EL POS. 3. LA PARTE DEMANDANTE CONSIDERA QUE LE SE LE ESTA OCASIONANDO UN PERJUICIO DE CARÁCTER ECONÓMICO.

Causas y Subcausas:

Entidad	Causa	Subcausa
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	INCUMPLIMIENTO EN EL RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS INCLUIDOS O NO EN EL POS	RECOBROS - EPS

Valor económico del proceso o caso

Pretensiones:

Tipo de pretensión	Unidad monetaria	Valor
DAÑO MATERIAL - OTROS	PESOS	212,077,704.00

Descripción adicional del proceso por parte del abogado

Hechos - Complemento a los descritos en el registro relacionado:

La demandante expuso como hechos los siguientes:

- La demandante es una Caja de Compensación Familiar autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud a funcionar como Entidad Promotora de Salud.

- En razón a la habilitación como EPS, la parte actora suministró a sus afiliados tecnologías no incluidas en el POS, en virtud a fallos de tutela y autorizaciones del CTC.

- El Ministerio de Salud y Protección Social está adeudando a la Caja la suma de $212.077.704 por concepto de recobros inmersos en tecnologías no incluidas en el POS y por ende no costeadas con la UPC.

- Lo anterior teniendo en cuenta que, la Caja radicó los recobros ante la demandada de forma oportuna y cumpliendo con el lleno de los requisitos establecidos.

- A la fecha de interposición de la demanda, el Ministerio de Salud y Protección Social no han cumplido con su carga de pagar el valor de los medicamentos y/o procedimientos no incluidos en el POS.

- Las atenciones en salud y medicamentos autorizados en fallos de tutela y actas del CTC se encuentran excluidos de los acuerdos 08 de 2009 y 29 de 2011, normas que se encontraban vigentes a la fecha de prestación del servicio.

- De conformidad con el artículo 06 del C.P.L la reclamación administrativa se encuentra agotada, teniendo en cuenta que, para los recobros por servicios, insumos y medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud contempla su agotamiento ante la presentación inicial del recobro y la respuesta dada por la administración, en este caso por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y la devolución de soportes respectivos, así como por la contestación a la glosa formulada por la administración, potestad de carácter legal que trae de manera expresa la norma, evento en el cual el agotamiento acaecerá ante la respuesta de la glosa formulada por el administrado.

Pruebas allegadas al caso por las partes:

• Parte demandante:

Documentales:

- Facturas canceladas por las IPS
- Fallos de tutela
- Autorizaciones del CTC
- Radicación de los 197 ítems contenidos en 188 recobros mediante formato MYT:

Magnéticos:

- 1 CD con la información técnica frente a cada recobro solicitado en la litis

• Parte demandada:

Documentales

- 1 CD con el siguiente contenido:

- Acuerdo 08 de 1994 – CNSSS
- Acuerdo 08 de 2009 – CRES
- Acuerdo 029 de 2011 - CRES - Documento Técnico - Actualización Integral del POS del SGSSS 2011
- Demas normas de carácter nacional aplicables para el trámite de recobro y que fueron relacionadas en la contestación de la demanda.
- Apoyo técnico emitido por el Consorcio Sayp 2011, en donde se relacionan 188 recobros.

De oficio:

- Se oficie a la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud para que informen al Despacho cuales de los procedimientos, tecnologías, servicios o medicamentos que se están recobrando en la demanda hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.

- Se oficio el testimonio de la Dra. Esperanza Rozo en calidad de directora Jurídica de la Unión Temporal Fosyga 2014 para que informe al Despacho el trámite que se debe adelantar para llegar a la auditoría integral de los recobros que se presentan al Fosyga.

Fundamentos de derecho:

Tipo de norma	Número de norma	Fecha de expedición	Observación
Decreto Ley	3743	1951/06/07	Código Sustantivo del Trabajo y de la Seguridad Social
Decreto Ley	2158	1948/06/24	CÓDIGO PROCESAL DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Constitución	--	1991/07/20	Constitución Política de la República de Colombia
Ley	100	1993/12/23	

Valoración del riesgo

Fecha de la última calificación	2022/12/26
Provisión contable	$0.00

Valoración del riesgo del proceso o caso relacionado a la ficha

Criterio	Calificación del riesgo
Fortaleza probatoria	BAJO
Fortaleza de la demanda	MEDIO BAJO
Presencia de riesgos procesales	BAJO
Nivel de jurisprudencia	MEDIO BAJO

Decisiones del comité de conciliación relacionadas con el proceso objeto de estudio

Decisiones tomadas por el comité en casos similares:

Nro. Ekogui	Número de identificación	Decisión del comité	Conclusiones del comité
713870	11001310500720140051300	No concilia	Por unanimidad los miembros del Comité disponen no conciliar ya que los 869 recobros objeto de litis se encuentran en estado No Aprobado y Rechazado debido a la imposición de glosas con fundamento en la Ley 1281 de 2002, Resolución 3099 de 2008, Decreto Ley 019 de 2012 y los Acuerdos 008 de 2009 y 029 de 2011 respectivamente.
714000	11001310500720150022400	No concilia	El comité de conciliación no presenta fórmula de conciliación, toda vez que los 132recobros objeto de análisis se encuentran afectados por glosas impuestas de conformidad con la normativa vigente para la fecha de prestación del servicio.

736700	11001310500720150083200	No concilia	Considera el Comité de conciliación por unanimidad que no es viable presentar fórmula de conciliación toda vez que los 2.575 recobros se encuentran afectados por el fenómeno jurídico de la prescripción y a su vez las glosas impuestas tienen fundamento en la Resolución 3990 de 2008, Acuerdos 008 de 2009 y 029 de 2011
761871	11001310501020140050900	Si concilia	El Comité de Conciliación propone fórmula de arreglo conciliatorio parcial sobre 35 recobros por valor de DOSCIENTOS TRECE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SIETE PESOS M/CTE. No propone fórmula conciliatoria sobre 64 recobros restantes en razón a que 7 recobros se encuentran en investigación por parte de la Fiscalía, 4 recobros en investigación por parte de la SNS, y 53 recobros contienen insumos o procedimientos que para la fecha de prestación del servicio hacían parte del POS o PBS.
800464	11001310501320150025600	No concilia	No se propone fórmula conciliatoria ya que los 194 recobros se encuentran afectados por glosas cuyo fundamento reposa en la normativa vigente a la fecha de prestación del servicio.
805509	11001310501020140030000	No concilia	El Comité resuelve no proponer fórmula conciliatoria sobre los 36 recobros objeto de litis, debido a que los mismos se encuentran afectados por el fenómeno jurídico de la prescripción y adicionalmente las glosas impuestas tienen su fundamento en la normativa vigente para la fecha de prestación del servicio.
935633	11001310502620140046300	No concilia	El comité de conciliación por unanimidad no presenta fórmula de conciliación, toda vez que los 73 recobros objeto de litis se encuentran en estado de rechazo, debido a la imposición de glosas cuyo fundamento es la normativa vigente a la fecha de presentación del servicio, es decir, la Resolución 5261 de 1994, Ley 361 de 1997, Ley 1450 de 2011.

1007283	11001410501120160014000	No concilia	El comité de conciliación por unanimidad decide no conciliar en la medida en que los cinco (5) recobros de la demanda reportan estado rechazado conforme resolucion 3099 de 2008, acuerdo 029 de 2011 y demás normas concordantes.
1067389	11001310501320160005300	No concilia	No se propone fórmula de conciliación toda vez que los 100 recobros objeto de litis fueron objeto de imposición de glosas
1223023	11001310501320160039100	No concilia	Por unanimidad se dispone no conciliar porque los recobros objeto de litis fueron glosados con fundamento en la normativa vigente a la fecha de prestación del servicio
1229021	11001310500220180008800	No concilia	De acuerdo con lo expuesto, el Comité de Conciliación resuelve no proponer fórmula de Conciliación toda vez que de los 216 recobros presentados 140 se encuentran afectados por el fenómeno jurídico de la prescripción y sobre los 76 restantes recaen glosas que se impusieron de conformidad con el Decreto Ley 1281 de 2002, Decreto Ley 019 de 2012, Resolución 3099 de 2008, el Acuerdo 004 de 2012 y otros.
1250002	11001310503420150037100	No concilia	El Comité resuelve no proponer fórmula conciliatoria sobre los 36 recobros objeto de litis, debido a que los mismos se encuentran afectados por el fenómeno jurídico de la prescripción y adicionalmente las glosas impuestas tienen su fundamento en la normativa vigente para la fecha de prestación del servicio.
1250014	11001310501320140042800	No concilia	Por unanimidad el Comité de conciliación no presenta fórmula, toda vez que de los 538 recobros objeto de litis, en estado APROBADO se evidencia la suma de $986.978.669 y los 398 recobros restantes, se encuentran en estado de rechazo debido a la imposición de glosas cuyo fundamento se encuentra sustentado en la normativa vigente para la fecha de prestacion del servicio.

1262139	11001310500720150070200	No concilia	El Comité de Conciliación no presenta fórmula ya que en la titularidad de ADRES no se encuentra el reconocimiento de prestaciones de servicios del régimen subsidiado, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1753 de 2015, el Decreto 1429 de 2019, el Decreto 547 de 2017, la Ley 715 de 2001, la Ley 100 de 1993 y demás normativa vigente, generándose de este modo una falta de legitimación en la causa por pasiva.

Análisis del proceso o caso

Principal problema jurídico

Determinar si es procedente para la ADRES llegar a un acuerdo sobre el reconocimiento y pago de los 188 recobros presentados por COMFENALCO ANTIOQUIA por satisfacer los requisitos establecidos en la Resoluciones 3099 de 2008, 3754 de 2008, Acuerdo 008 de 2009, 029 de 2011 y 025 de 2011.

Análisis de la caducidad de la acción y/o la prescripción de los derechos

En el marco de la jurisdicción ordinaria laboral se debe observar que las acciones que emanan de los derechos sociales prescriben en tres (3) años, contados a partir de la fecha en que la respectiva obligación se haya hecho exigible.

En concordancia con lo anterior, es imprescindible resaltar que dentro de los derechos sociales no existe norma general que prevea la prescripción extintiva del derecho, esto significa que no hay prescripción sustantiva, sino que por el contrario lo que existe es prescripción de la acción. Los artículos mencionados del Código Sustantivo de Trabajo y del Código Procesal de Trabajo y Seguridad Social se refieren a la prescripción de las acciones y, por ende, se hace con la intención de permitir que procesalmente sólo se pueda atacar la acción y no los derechos.

Sobre el particular se debe manifestar que la demanda impetrada es de carácter declarativo, al haberse presentado ante la Jurisdicción Ordinaria Laboral, por lo cual el término de prescripción para las acciones correspondientes a los derechos que se alegan se encuentra establecidos en el artículo 488 del Código Sustantivo del Trabajo y de la Seguridad Social, que señala:

“Artículo 488: Las acciones correspondientes a los derechos regulados en este código prescriben en tres (3) años, que se cuentan desde que la respectiva obligación se haya hecho exigible, salvo en los casos de prescripciones especiales, establecidas en el Código Procesal del Trabajo o en el presente Estatuto…”

De lo expuesto se tiene que, en el trámite de proceso ordinario las cuentas que pudiesen ser objeto de demanda serían aquellas respecto de las cuales no hayan transcurrido tres (3) años o más, contados a partir de la fecha en que la EPS recibió la comunicación por parte del ente auditor en la cual le informó el resultado de la auditoría integral efectuada, hasta la fecha en que se presentó la reclamación administrativa y/o demanda.

Así las cosas, el resultado de auditoría se comunicó entre el 02 de mayo al 18 de diciembre de 2012, por tanto, sea del caso precisar:

- La EPS presuntamente radicó reclamación administrativa, sin embargo, en el traslado de la demanda no indicó la fecha ni en los anexos se adjuntó la constancia de radicación motivo por el cual se desconoce la fecha.

- La EPS radicó la demanda el día 19 de enero de 2015, por ende, se analizará la prescripción bajo la fecha de radicación, encontrando que no acaeció el fenómeno jurídico de la prescripción a la luz del artículo 488 del CST

De otro lado, se examinó el término de prescripción encaminada a determinar la exigibilidad de la obligación que se constituye por parte de la EPS frente al ente auditor, encontrando que dicha obligación nace a partir de que la EPS recibe la factura por parte de la IPS; así las cosas, este término opera si transcurren tres años o más sin que la EPS someta las

facturas al trámite de auditoria.

Lo anterior, en aplicación a lo establecido en el artículo 151 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social como norma complementaria en el presente análisis el cual reza:

“ARTICULO 151. PRESCRIPCION. Las acciones que emanen de las leyes sociales prescribirán en tres años, que se contarán desde que la respectiva obligación se haya hecho exigible. El simple reclamo escrito del trabajador, recibido por el {empleador}, sobre un derecho o prestación debidamente determinado, interrumpirá la prescripción, pero sólo por un lapso igual.”

En conclusión, este análisis se realiza desde el momento en que la IPS radicó la factura a la EPS, y por consiguiente la EPS las sometió ante el ente auditor. Si transcurren tres años o más en relación con dichas situaciones, se entenderá entonces que la acción se encuentra prescrita.

En el presente asunto, las facturas fueron presentadas ante la EPS en el año 2011, posteriormente del 2011-2012 se sometieron al trámite de auditoría integral dentro del término establecido en la normativa vigente para la fecha de prestación del servicio. Por tanto, no se encuentran afectados por la prescripción respecto de la fecha de exigibilidad de la obligación.

Análisis del proceso

Análisis efectuado por la Oficina Asesora Jurídica – Caso en concreto

En este acápite se procede a estudiar las pretensiones incoadas por la demandante a la luz de las normas que regulan el asunto que nos convoca, desarrollando temas estratégicos que se tendrán en cuenta en la defensa del presente asunto.

Así pues, el caso en concreto tiene que ver con el proceso de 197 ítems contenidos en 188 recobros, por concepto de tecnologías no cubiertas por el POS, en razón a autorizaciones del Comité Técnico-científico y a fallos de tutela.

7.1 Análisis del insumo técnico proferido por la Dirección de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones:

De acuerdo con la información suministrada en la demanda, el día 13 de abril 2021 la Oficina Asesora Jurídica procedió a solicitar el insumo técnico a la Dirección de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de la ADRES, la cual fue allegada el día 26 de abril de 2021. Así entonces, del apoyo técnico se logró evidenciar lo siguiente:

- Que ante el ente auditor del Fosyga hoy ADRES, la EPS efectuó la radicación de 188 recobros mediante formato MYT02.

Conforme al cuadro reseñado anteriormente, se puede establecer que la EPS en una primera presentación radicó 188 recobros mediante el mecanismo ordinario de radicación, el cual obedece al formato MYT02; mediante el cual se obtuvo como resultado: 188 recobros en estado RECHAZADO.

Por tanto, la EPS al no hacer uso de la objeción o subsanación a la glosa, se atuvo a la comunicación inicial emitida por el ente auditor, por lo que se entiende que aceptó el resultado de auditoría inicialmente comunicado.

a) Normativa vigente aplicada al caso de la referencia:

La normatividad que se relaciona a continuación se cita en concordancia con la fecha de prestación del servicio que corresponde al periodo comprendido entre el 2010-2011:

NORMATIVA OBJETO PRESTACIÓN

RESOLUCION 3099 DE 2008

“Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

PERIODO 2010
RESOLUCION 3754 DE 2008 Por la cual se modifica parcialmente la Resolución número 3099 de 2008.
PERIODO 2008-2011
ACUERDO 008 DE 2009 Por el cual se corrigen aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud PERIODO DE 2010

ACUERDO 029 DE 2011 "Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el plan obligatorio de salud"
PERIODO 2011-2011

ACUERDO 025 DE 2011 Por el cual se realizan algunas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
PERIODO 2011

b) Glosas impuestas como resultado de la auditoría:

Del anexo técnico se encontró como glosas mayoritarias:

Ante esto, se proceden a desarrollar las glosas mayoritarias:

- Los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fosyga: Esta glosa presentó las siguientes observaciones:

(I). El medicamento, servicio, elemento o insumo (BIOCLUSIVE 4 PULGADAS X 5 PULGADAS) está incluido en el POS. Valor reconocido por la UPC.
(II) El medicamento, servicio, elemento o insumo (AGUJA PARA PEN 8 MM - PEDIATRICA BD) está incluido en el POS. Valor reconocido por la UPC.
(III) El medicamento, servicio, elemento o insumo (TERAPIAS INTEGRALES - fonoaudiológica) está incluido en el POS. Valor reconocido por la UPC.

Así entonces, se procederá a explicar de forma sucinta lo que significa la denominada glosa POS:

Recuento normativo:

Resolución Id - Glosa
3099 de 2008 1-04
548 de 2010 1-04
2064 de 2011 4-03
2851 de 2012 1-03
2729 de 2013 1-03
5395 de 2013 0601

La Ley 100 de 1993 estableció como características del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS que todos los afiliados al Sistema recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, denominado Plan Obligatorio de Salud-POS, hoy Plan de Beneficios en Salud y que por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud -EPS responsable de su aseguramiento, encargada de la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en dicho Plan, recibirá un valor per cápita, denominado Unidad de Pago por Capitación – UPC, inicialmente establecida de forma periódica por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS , y posteriormente por la Comisión de Regulación en Salud -CRES. Aquí es imperativo señalar que la UPC tiene como destinación específica el financiamiento del Plan de Beneficios en Salud.

Sea del caso indicar que, para determinar el valor de la UPC, se tienen en cuenta la cantidad de actividades, procedimientos o intervenciones cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud llevados a cabo por las EPS anualmente, así como también el número de afiliados, su grupo etario, el tipo de afiliación, la zona geográfica e n donde se ubican, el código de diagnóstico principal o el código del medicamento , entre otros.

Cabe anotar que en la actualidad la revisión de la suficiencia de la UPC, es adelantada de forma anual por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, "en el marco de los desarrollos académicos y experiencias internacionales relacionados con las metodologías de cálculo de primas de aseguramiento y de ajuste de riesgo", con la finalidad de cubrir los gastos de las atenciones médicas para los diferentes perfiles de riesgo de la población y de incorporar los costos de administración y ventas, permitiendo un margen

de utilidad y riesgo para posibles desviaciones de los costos esperados.

Ahora bien, las prestaciones objeto de recobro por parte de la EPS y de las cuales se pretende el reconocimiento y pago por parte de la entidad recobrante, deben tratarse de servicios, tecnologías y medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la fecha de su prestación, en tanto, de encontrarse cubiertos se entienden financiados por la Unidad de Pago por Capitación.

Una vez expuesto lo anterior, es preciso indicar que, en el universo de medicamentos, servicios y/o tecnologías en salud recobradas por las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC, ocurre con frecuencia que parte de ellos corresponden a prestaciones que se encuentran cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud para la fecha de su prestación y por ende financiadas con cargo a la UPC.

Así entonces, a modo de ejemplo, se evidenció que una de las tecnologías solicitadas por la EPS: TERAPIAS INTEGRALES – fonoaudiológica, se encuentra incluido en el POS en virtud de lo establecido en el numeral 2 del literal G artículo 61 del Acuerdo 008 de 2009:

“ARTÍCULO 61. ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El POS-S en el esquema de subsidio pleno, incluye las actividades, procedimientos e intervenciones según los niveles de cobertura y grados de complejidad, contenidos y definiciones establecidas en el presente Acuerdo y en el Anexo 2 del mismo (…)

2. Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel
El POS-S cubre:

g) Atención para rehabilitación funcional. Atención de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera haya sido la etiología o afección causante o tiempo de evolución, con las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones en salud necesarias para la rehabilitación funcional del sistema neuromuscular y esquelético, de las contenidas en el Anexo 2 del presente Acuerdo:

(…)

Terapia fonoaudiológica integral sod”.

Adicionalmente, el Manual de Auditoria vigente para la fecha de prestación del servicio contempló:

• El medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de recobro no corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el Comité Tecnico-Cientifico, según el caso: sea del caso precisar que, la normativa vigente la para le fecha de prestación del servicio estableció lo siguiente:

Resolución 3099 de 2008:

Artículo 10º. Requisitos especiales de la solicitud de recobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico. La solicitud de recobro ante el FOSYGA por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico, debe presentarse a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

A la solicitud diligenciada en el formato "FORMULARIO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS" y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos:

a) Formato de "SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O PRESTACIÓNES DE SALUD NO POS-CTC", numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad;
b) Una copia del acta del Comité Técnico-Científico donde se determine y concluya la autorización respectiva del medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluido en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El acta deberá contener: (i) La fecha de elaboración y número del acta. (ii) Los datos de identificación del afiliado o paciente. (iii) El diagnóstico, descripción y código, según la clasificación internacional de

enfermedades vigente y análisis del caso objeto de estudio. (iv) Un resumen de las prescripciones u órdenes médicas y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico, la fecha de las prescripciones u órdenes médicas y demás datos consignados en la misma, así como justificación del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS

Articulo 11: Toda solicitud de recobro que deba ser reconocida y pagada por el FOSYGA, por concepto de fallos de tutela, deberá presentarse a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

A la solicitud diligenciada en el formato "FORMULARIO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS" y su anexo, deberán acompañarse los siguientes documentos:
a) Formato de "SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES ORDENADAS POR FALLOS DE TUTELA" numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente Resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad.
b) Copia del fallo de tutela. Para cuentas consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número de radicado de la primera cuenta presentada en la cual se anexó la primera copia del fallo.
c) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación (...)

Como se evidencia anteriormente, la normativa es clara en especificar los requisitos sine qua non que debe cumplir la EPS demandante a la hora de recobrar las prestaciones en salud.

7.2 Del insumo técnico proferido por la Dirección de Otras Prestaciones

De acuerdo con los hechos indicados en la demanda, el día 03 de mayo de 2021 la OAJ, solicitó concepto técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES a través del correo conceptostecnicos_DOP@adres.gov.co con el fin de que se pronunciara respecto de:

- Si los mencionados servicios o tecnologías en salud para la fecha de prestación se encontraban dentro del Plan Obligatorio de Salud – POS, o en su defecto, las tecnologías recobradas objeto de la solicitud corresponden a una prestación no financiada con recursos del SGSSS y/o excluida del POS.
- Se verifiquen los estados de los recobros.
- Se indique si las glosas impuestas se deben mantener en observancia a las notas externas y conceptos aclaratorios emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social justificando su fundamento.
- De existir glosa única de extemporaneidad, y atendiendo que el proceso al que se alude en la referencia es de carácter ordinario laboral, se valide si sobre los recobros que se encuentran afectados por dicha glosa sobrevino el fenómeno jurídico de la prescripción y en caso afirmativo, desde cuándo.
- De otro lado, y aunque se trate de recobros afectados por glosa única de extemporaneidad, se validen las prestaciones en aras de establecer si para la fecha de prestación del servicio estas se encontraban cubiertas o no por la UPC.

De acuerdo con esto, es del caso indicar que dicho insumo fue contestado por correo electrónico el día 03 de junio de 2021, pronunciándose sobre 144 recobros que fueron las imágenes aportadas por el apoderado de defensa, de la siguiente manera:

Verificación documental: Se evaluó el contenido de la solicitud del correo electrónico de la OAJ, las imágenes suministradas y los documentos complementarios adjuntos en correo de la OAJ.

Las glosas aplicadas a cada recobro evaluado se analizaron frente a la documentación aportada entregada por la Oficina Asesora Jurídica para determinar si habían sido invocadas con ajuste a los criterios de auditoría y al contenido de los documentos aportados por la EPS con cada recobro. Los documentos a los que se acudió para practicar la verificación usualmente fueron las facturas, las fórmulas médicas, historias clínicas y los documentos de evidencia de entrega de la tecnología o prestación del servicio.

Verificación técnica: Para verificar si las tecnologías enunciadas en la solicitud de concepto hacían parte del Plan de Beneficios – PBS para la época en que fueron suministradas o prestadas, se identificó la norma que regulaba el contenido del PBS vigente para la fecha de prestación del servicio y se validó si los medicamentos, insumos y procedimientos indicados en la solicitud de concepto se encontraban incluidos en dicho plan, para lo cual fue necesario cotejar la información de los soportes anexos por COMFENALCO ANTIOQUIA con lo normado en el acuerdo 008 de 2009, Notas Externas N° 201433200296523, 201433200296523, 201433200083073 y 201433200296233 de 2014.

Para verificar si las tecnologías enunciadas en la solicitud de concepto se encontraban radicadas de manera extemporánea,

se identificó la norma que aplicaba para cada recobro según la fecha de prestación de los servicios, de la siguiente manera:

Teniendo en cuenta lo anterior y como conclusión del análisis de información contenida en el aplicativo SII_MYT frente al contenido de los archivos de imágenes, se concluyó si aplica o no aplica glosa y en el campo de OBSERVACIONES del archivo Excel denominado "Anexo 1 Formato Concepto Técnico Proceso 2015-0036 COMFENALCO ANTIOQUIA" (columna P), se registró la razón que condujo a esa decisión en caso de que aplique o no aplique glosa.

Es preciso aclarar que, en la columna (B), del anexo técnico se registra el número de ítem evaluado, en algunas ocasiones los recobros se reportan con número de ítem cero (0) lo que significa que la glosa fue impuesta al recobro en su totalidad, como es el caso de los recobros evaluados en el presente proceso, correspondiente a glosa única de extemporaneidad y Glosa POS.

Verificación de sistemas: Conforme a la información registrada en el archivo de Excel suministrado por la OAJ, se cotejaron los datos frente a la información disponible en el SII_MYT.

Es preciso aclarar que, dicha revisión se llevó a cabo teniendo en cuenta la información de recobros suministrada a manera de apoyo por la OAJ, y únicamente para los recobros que contaban con imágenes, que tuvieran glosas únicas, a excepción de glosas combinadas POS/Extemporaneidad las cuales sí son objeto de validación, y que tuvieran valores glosados. Los recobros que no cumplían con estas características no fueron objeto de evaluación.

ENTREGABLES Como resultado de las validaciones realizadas, se entrega a la Oficina Asesora Jurídica, el presente informe técnico y una hoja electrónica en la que aparecen los datos específicos de cada recobro revisado, se señalan los recobros sobre los cuales se mantendrían las glosas impuestas en el trámite de auditoria y se indica el fundamento de tal decisión.

A continuación, en los cuadros de resumen relacionados, se detalla la información por cantidad de recobros evaluados, ítems, glosas y concepto técnico.

CONCLUSIONES De los 142 recobros a evaluar, se consideró que para cinco (5) causales no aplica glosa (3%) y para 139 causales si aplica glosa (97%).

De acuerdo con lo anterior, a continuación se transcriben los 05 ítems contenidos en 05 recobros sobre los cuales la dirección de Otras Prestaciones recomendó levantar la glosa:

Finalmente, sea del caso precisar que la Dirección de Otras Prestaciones en el concepto técnico denominado "Concepto Técnico Proceso 2015-0036" no relacionó el valor correspondiente por cada ítem, por lo que, se procedió a comparar la información del estado del ítem en el Excel denominado "AT 05001310500920150003600_94_Reporte" casilla "Detalle Glosas por Ítem" y "detalle", motivo por el cual y en aras de conocer el valor, fue posible obtener la tabla denominada "Valor por ítems 2015-00036".

Por tanto, para el presente caso se reporta viabilidad para proponer fórmula conciliatoria.

Declaraciones y pretensiones de la demanda

El demandante sustentó como pretensiones las siguientes:

- Se declare que la Nación – Ministerio de Salud y Protección Social tiene la obligación de reconocer y cancelar los servicios prestados por la demandante en relación con los medicamentos y/o tecnologías no incluidas en el POS, por un valor de $212.077.704, conforme al detalle descrito por cada afiliado en el cuerpo de la demanda.

- Que se condene a la demandada al pago de costas y agencias en derecho.

Análisis del precedente judicial

- De los intereses moratorios

Comoquiera que la convocante solicita intereses moratorios, es necesario tener en cuenta lo señalado por el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección tercera, en sentencia de recurso de apelación del 28 de agosto de 2019 con radicación 25000232600020090100701 que respecto de los intereses moratorios sostuvo:

"…Con lo dicho hasta aquí, la Sala observa que si bien es cierto la demandante es una Entidad Promotora de Salud que, como tal, hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como lo dispone la Ley 100 de 1993, y está supeditada a las disposiciones que sobre la materia profiera el ahora Ministerio de Salud, como las concernientes al procedimiento de recobro ante el Fosyga por concepto de suministro de medicamentos y servicios no incluidos en el POS, entre otros, también es cierto que en el proceso nada sugiere que, en efecto, esa E.P.S. haya proporcionado tales medicamentos y servicios por orden de los Comités Técnico Científicos o de un juez de la república, o que haya adelantado el proceso de recobro ante el Fosyga o que éste haya pagado la suma de dinero reclamada, ni menos que se hubieran reconocido o no dichos intereses moratorios sobre tales sumas.

En otras palabras, a pesar de que el daño alegado en la demanda se hace consistir en el detrimento patrimonial causado a la E.P.S.ALIANSALUD. por el desconocimiento de los intereses moratorios a los que, en su criterio, tiene derecho, no se halla ninguna evidencia de que la demandante haya radicado cuentas de cobro ante el Fosyga, ni mucho menos que éste, en virtud de tales facturas, le haya reintegrado determinada suma de dinero de la cual sea posible evidenciar, en principio, que no se incluyeron los intereses moratorios que aquí se solicitan.

Agréguese a lo anterior que la Sala no puede asumir que la demandante sufrió un menoscabo en su patrimonio imputable al Estado, ni puede concluir que éste tiene el deber de repararlo, pues se trata de un daño respecto del cual no se tiene prueba alguna y, por el contrario, está fundado en afirmaciones de la demandante desprovistas de prueba.

Todo lo anterior refiere que la parte actora no observó el mandato que le impone el artículo 177 del C. de P. C., según el cual "incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen", pues no allegó elementos probatorios que permitieran evidenciar el daño alegado; así las cosas, como no se acreditaron los elementos fundamentales para imputarle responsabilidad patrimonial al Estado, en los términos del artículo 90 de la Constitución Política, la Sala confirmará la sentencia apelada que negó las pretensiones de la demanda, pero por las razones expuestas en esta providencia…" (Subrayado fuera de texto)

Conforme a lo anterior, no es viable el reconocimiento de intereses moratorios alegados por el demandante conforme a las pretensiones del libelo de la demanda

- Del Valor Probatorio del Dictamen Pericial

La Sentencia C-124 de 2011, indica el dictamen pericial de la siguiente manera:

La doctrina tradicional en materia probatoria confiere al dictamen pericial una doble condición: Es, en primer término, un instrumento para que el juez pueda comprender aspectos fácticos del asunto que, al tener carácter técnico, científico o artístico, requieren ser interpretados a través del dictamen de un experto sobre la materia de que se trate. En segundo lugar, el experticio es un medio de prueba en si mismo considerado, puesto que permite comprobar, a través de valoraciones técnicas o científicas, hechos materia de debate en un proceso. Es por esta última razón que los ordenamientos procedimentales como el colombiano, prevén que el dictamen pericial, en su condición de prueba dentro del proceso correspondiente, debe ser sometido a la posibilidad de contradicción de las partes, mediante mecanismos como las aclaraciones, complementaciones u objeciones por error grave. Este carácter dual es confirmado por autores como Silva Melero, quien sostiene que el dictamen pericial cumple una doble función. De un lado "… llevar al proceso conocimientos científicos o prácticos que el juez podría conocer, pero que no está obligado a ello, y que son precisos para adoptar la decisión." Por otro lado, el dictamen también opera como "concepto de pericia de constatación de hechos", o lo que es lo mismo "… constataciones objetivas, que pueden ser independientes la persona del inculpado." A idéntica conclusión arriba la jurisprudencia constitucional. Sobre el particular, en la sentencia T-796/06 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández), se pone de presente cómo el dictamen pericial responde a una naturaleza jurídica dual. De un lado, es

comprendido como "…un verdadero medio de prueba, debido a que el dictamen pericial se dirige a provocar la convicción en un determinado sentido, esto es, la actividad que realiza el perito tiene finalidad probatoria, ya que tiende a la fijación de la certeza positiva o negativa de unos hechos.". De otro, la experticia también es comprendida como "…un mecanismo auxiliar del juez, ya que mediante el dictamen pericial no se aportan hechos distintos de los discutidos en el proceso, sino que se complementan los conocimientos necesarios para su valoración por parte del juez. Mientras los medios de prueba introducen en el proceso afirmaciones fácticas relacionadas con las afirmaciones iniciales de las partes, con interés exclusivo para el proceso concreto, la pericia introduce máximas de experiencia técnica especializadas de validez universal para cualquier tipo de proceso" (Subrayado y negrilla fuera de texto)

Lo anterior implica que, como todo medio de prueba el dictamen pericial también puede ser controvertido por las partes cuando no están de acuerdo con este, y en relación con el caso en concreto lo que se pretende en un eventual escenario en vía judicial, es que con las pruebas testimoniales y documentales se permita demostrar que efectivamente así la EPS posiblemente fuera titular de un derecho, si esta no remite la documentación necesaria y acorde a lo establecido en la normatividad vigente y concordante a la materia, tal situación obedecerá a un estado de NO APROBADO por parte del ente auditor, lo cual será comunicado a fin de que esta acceda a todos los mecanismos para subsanar u objetar tales observaciones desplegadas de una auditoría integral.

Si bien es cierto, el dictamen pericial es una prueba aportada por un testigo perito, es decir una persona con conocimientos idóneos y técnicos, que permiten inferir y dar veracidad de los hechos objeto de su análisis, sin embargo, se debe recordar que el valor probatorio de dicho dictamen, debe ser coherente en relación a los requisitos exigidos por la normatividad que permitan parametrizar y delimitar la necesidad conducencia pertinencia y utilidad de la prueba en relación con los recobros objeto del litigio; esto por cuanto, en reiteradas ocasiones las EPS no han cumplido con los requisitos y elementos esenciales establecidos, para el reconocimiento y pago de los recobros, situación que no puede ser subsanada con la emisión de un concepto o informe técnico, sino con la presentación de los requisitos que demuestren efectivamente la exigibilidad del derecho.

10. Doctrina

- La ley no distingue el reconocimiento de gastos para la cobertura de servicios PBS o no PBS

En consonancia con lo hasta aquí desarrollado, el legislador concibió el sistema de manera integral, de modo tal que no es factible acudir a un servicio NO POS sin haber accedido a la atención de un médico cuyos honorarios se encuentran cubiertos en la liquidación de la UPC que reconocía el entonces FOSYGA, hoy ADRES y que hace parte del POS- PBS, por lo que al validar la redacción del artículo 23 de la Ley 1438 de 2011 , resulta claro que legalmente no existe una distinción donde la Ley indique que para la prestación de servicios en salud incluidos en el POS se reconozca el 10% de la UPC, sino que teniendo en cuenta la integralidad de la prestación, se concibe que los costos y gastos se encuentran satisfecho con la liquidación que por dicho concepto se efectúa desde el Estado y siendo conscientes de que la población afiliada continuamente en su 100% no toma la prestación del servicio de salud durante el mes de cada corte de compensación.

Para aclarar, se reitera, la prescripción de un servicio NO POS, surge con una necesidad individual y excepcional. En este escenario, el médico tratante (médico ya antes contratado por la EPS) en ejercicio de su autonomía médica es quien determina la necesidad de las tecnologías de salud no contempladas en el POS ahora PBS, teniendo en cuenta la previa utilización del conjunto de tecnologías de salud garantizadas por el POS, es decir los costos y gastos para atender el diagnóstico y tratamiento de los afiliados a la EPS se hacen extensivos para estos servicios, ya que la EPS utiliza su red de prestadores, proveedores y profesionales de la salud y personal administrativo para atender todas las contingencias que se presenten en la prestación del servicio de salud de sus afiliados, es allí donde se ve plasmada la función del aseguramiento en salud.

Ahora bien, es imperioso indicar, que no es factible efectuar erogaciones con recursos públicos por conceptos no prescritos en la Ley, so pena de incurrir en faltas disciplinarias, penales y fiscales.

Otros Argumentos

- Acuerdo de punto final

Al respecto, es importante poner de presente que el Acuerdo de Punto Final, corresponde a una política que tiene por objeto preservar la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y depurar las cuentas glosadas en los periodos anteriores al amparo de lo establecido en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2020, reglamentado por el Decreto 521 de 2021 y modificado por el Decreto 1810 de 2020, situación que para el caso en concreto aplica, teniendo en cuenta la fecha de prestación del servicio y la comunicación del resultado de la auditoría.

Así entonces, su finalidad es el saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC. Por tanto, para que las EPS puedan acogerse a lo indicado en el acuerdo de punto final, deberán cumplir con las condiciones indicadas en la Ley 1955 de 2020, entre las cuales resaltan entre otras:

1. Como requisito indispensable la entidad recobrante y la ADRES suscriban un contrato de transacción en el que la primera se obligue como mínimo a:
1.1 Aceptar los resultados producto del proceso de auditoría;
1.2 Renunciar a instaurar o desistir de cualquier acción judicial o administrativa relacionada con la solicitud de pago elevada;
1.3 Renunciar expresamente al cobro de cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente de su denominación sobre las cuentas presentadas, al momento de radicarlas por este mecanismo;
1.4 No celebrar negocio jurídico alguno asociado a los valores que se reconozcan;
1.5 Revelar y depurar en sus estados financieros los resultados del proceso de verificación y control. (negrillas fuera de texto)

De lo anterior se colige que, este mecanismo tiene contemplado que las EPS que deseen acogerse, deberán firmar un contrato de transacción en el cual se estipularan las reglas que el gobierno determine para dicho saneamiento, adquiriendo como compromisos: (I) aceptar los resultados y (II) renunciar o desistir de las acciones por vía administrativa o judicial.

Es así entonces, como el APF ofrece una variedad de bondades para que las EPS puedan obtener los dineros adeudados por concepto de recobros NO UPC. Precisado lo anterior, la Administradora considera importante, incentivar a la parte actora a que desista del proceso ordinario laboral, a fin de que someta las facturas o recobros adeudados ante el APF a fin de se vea reflejado que por este mecanismo se pueden agilizar los pagos, garantizar transparencia y la oportunidad en la cancelación de las deudas.

- Inexistencia de reconocimiento de gastos administrativos.

Como se anotó en líneas anteriores, entre las pretensiones de solicitud de condena al pago de gastos administrativos como daño emergente, se fundamenta en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, el cual dispone en el primer inciso, lo siguiente:

“ARTÍCULO 23. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. El Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación.

De la anterior norma es fácil concluir que en momento alguno determina que se deba reconocer valor alguno diferente al 10 % de gastos administrativos a aquel que se extrae de la UPC, y por consiguiente, de ser reconocido a través de la UPC, la EPS no puede exigir el pago de una prestación diferente o adicional.

En el mismo sentido, se debe aclarar como la norma jurídica en momento alguno hace distinción en cuanto al origen de la prestación, es decir, si el reconocimiento de gastos administrativos se deriva de la prestación de servicios incluidos o no los Planes de Beneficios y por consiguiente, ante la falta de distinción y claridad de la norma, al interprete no le es permitido hacer tal discriminación, criterio que comparte la H. Corte Constitucional al considerar:

“Incluso resulta plenamente aplicable al tema, el principio general de interpretación jurídica según el cual donde la norma no distingue, no le corresponde distinguir al intérprete. La argumentación del demandante consiste en establecer una diferenciación constitucional entre la iniciativa legislativa y la iniciativa constituyente, basado en el hecho de que la Constitución contiene una atribución expresa de representación gubernamental para la iniciativa legislativa en cabeza de los Ministros – art. 200-1, C.P.-, y no contiene una atribución similar para la iniciativa constituyente. También se complementa esta argumentación con referencias a lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992. Sin embargo, nota la Corte que, en aplicación del principio hermenéutico básico que se enunció, no es jurídicamente viable deducir, por esta vía, reglas constitucionales implícitas que contrarían el texto mismo del artículo 208 Superior, cuyo mandato general de vocería gubernamental no establece tal diferenciación.” (Resaltado ajeno al texto)

Por tanto, ante la falta de distinción realizada por el legislador al reconocer un porcentaje determinado de gastos administrativos en la clase y cobertura de servicios prestados por las Entidades Promotoras de Salud, no es posible hacerla al interprete.

En consecuencia, al fundamentarse la pretensión en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011 el cual, en momento alguno otorga un reconocimiento de gastos administrativos diferente al 10 % de la UPC no será posible, otorgarle reconocimiento

alguno en la sentencia.

Aplica directriz institucional o nacional:	NO
¿El proceso tiene fallo?	NO

Recomendaciones del abogado

Recomendación al comité	Conciliación parcial

Conclusiones

De conformidad con el concepto emitido por la Dirección de Otras Prestaciones y el marco legal descrito en la presente ficha, teniendo en cuenta que el área técnica conceptuó la posibilidad de inaplicar la glosa de 05 ítems contenidos en 05 recobros, lo anterior implica entonces una propuesta conciliatoria, por un valor total SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE ($6.432.992 M/CTE), por concepto de capital de 5 ítems contenidos en 5 recobros, monto que equivale al 3.03% de la cuantía pretendida en la litis.

En relación con los 192 ítems contenidos en 183 recobros restantes, NO ES VIABLE proponer FÓRMULA DE CONCILIACIÓN, toda vez que, adolecen de glosas de conformidad con lo establecido en la Resolución 3099 de 2008 y el manual de auditoría concordante para la fecha de prestación del servicio, por lo cual no es procedente su reconocimiento y posterior pago en vía judicial.

Finalmente, en caso que la EPS no contemple la viabilidad conciliatoria, se invita a acudir a los mecanismos dispuestos en el artículo 237 de la Ley 1955, el cual supone ventajas en la medida en que por un lado descongestiona la justicia, y por el otro, permite el pronto acceso a los recursos solicitados.

Valores recomendados a conciliar por cada pretensión del proceso

Descripción	Unidad monetaria	Valor	Valor a conciliar recomendado
DAÑO MATERIAL - OTROS	Pesos	212,077,704.00	6,432,992.00