Bogotá D.C.

Señora Jueza
Dra. LORENA OSORIO BERMÚDEZ
JUZGADO 607 ADMINISTRATIVO TRANSITORIO DE BOGOTÁ D.C.
E. S. D.

REFERENCIA:	Nulidad y restablecimiento del derecho
RADICACIÓN:	**11001333360720250015800**
DEMANDANTE:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A
DEMANDADO:	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES
ASUNTO:	**CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

KAREN ALEJANDRA PARRADO TRIANA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.010.229.705 de Bogotá D.C., abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 325.025 del Consejo Superior de la Judicatura, conforme al poder especial otorgado por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**, por medio del presente escrito y encontrándome dentro de término de traslado, presento contestación de la demanda, en los siguientes términos:

1. CONSIDERACIONES PREVIAS

1.1. De la Administradora de los Recursos Del Sistema General De Seguridad Social en Salud - ADRES

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y atendiendo lo establecido en el artículo 21 del Decreto 1429 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 546 de 2017, me permito informarle que a partir del día 01 de agosto de 2017, entró en operación la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES como una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacían parte del entonces Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET, los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo y los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP).

Con la entrada en operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, se suprimió el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social – DAFPS del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo cual toda referencia al FOSYGA, a

sus subcuentas o a la mencionada Dirección deberá entenderse hecha a la ADRES, entidad que asume sus funciones, conforme lo dispone el artículo 31 del Decreto 1429 de 2016.

Finalmente, es preciso indicar que la ADRES cuenta con la página web: http://www.adres.gov.co/, en la cual puede consultarse todo lo relacionado con su operación, su domicilio para todos los efectos legales es la Avenida Calle 26 N.º 69-76 piso 17, Edificio Elemento en Bogotá D.C. y su correo electrónico para notificaciones judiciales es: notificaciones.judiciales@adres.gov.co.

2. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

A continuación, me pronunciaré frente a cada una de las pretensiones, teniendo en consideración que el presente proceso se circunscribe a la nulidad parcial de la **Comunicación 20221600083361 notificada el 17 de febrero de 2022**, por medio de la cual la ADRES le indicó los resultados del paquete «RE_EH_4G ».

En esa medida, mi representada se opone a cada una de las pretensiones incoadas en la demanda en contra de la ADRES, por cuanto carecen de sustento constitucional y legal de acuerdo a los siguientes fundamentos fácticos y jurídicos.

2.1. PRETENSIONES PRINCIPALES

A la pretensión Primera. Esta defensa se abstiene de pronunciarse respecto de dicha pretensión, por cuanto la misma se refiere al acto administrativo **N.º 20211601029571 de fecha 22 de noviembre de 2021**, denominado *"Recobros MYT01 periodo abril de 2018 a junio 2020"*, el cual **no es objeto de conocimiento del presente asunto**, conforme a lo dispuesto por el **despacho** mediante auto del 19 de septiembre de 2025 en el cual se precisó que en este proceso **avoca únicamente conocimiento del acto administrativo N.º 20221600083361**.

A la pretensión Segunda. Esta defensa se abstiene de pronunciarse respecto de dicha pretensión, toda vez que la misma se refiere al acto administrativo **N.º 20221600087191 del 17 de febrero de 2022**, denominado *"Comunicación de resultados paquete RE_EH_3G_A"*, el cual **no es objeto de conocimiento del presente asunto**, de conformidad con lo dispuesto en el **auto del 19 de septiembre de 2025**, mediante el cual se precisó que en este proceso **avoca únicamente conocimiento del acto administrativo N.º 20221600083361**.

A la pretensión Tercera. Esta defensa se abstiene de pronunciarse respecto de dicha pretensión, toda vez que la misma se refiere al acto administrativo **N.º20221600087671 de fecha 18 de febrero de 2022**, denominado *"Comunicación de resultados paquete RE_EH _3G_B"*, el cual **no es objeto de conocimiento del presente despacho**, de conformidad con lo dispuesto en el **auto del 19 de septiembre de 2025**, mediante el cual se precisó que en este proceso **avoca únicamente conocimiento del acto administrativo N.º 20221600083361**.

A LA PRETENSIÓN CUARTA. Esta defensa técnica se opone a la pretensión encaminada a obtener la nulidad parcial del **acto administrativo N.º 20221600083361 de fecha 17 de febrero de 2022**, denominado "Comunicación de resultados paquete RE_EH_4G", por cuanto no se configura causal alguna que justifique la declaratoria de nulidad del mismo.

De igual forma, esta defensa se opone a la pretensión de condena contra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, por la suma de $1.956.221.877, derivada del presunto no reconocimiento y pago de 1.961 ítems, contenidas en 1.317 solicitudes de recobro, teniendo en cuenta que dichas solicitudes no superaron el procedimiento administrativo de auditoría integral debido a deficiencias imputables exclusivamente a la EPS, lo cual imposibilita su reconocimiento y pago con cargo a los recursos públicos del sistema.

En primer lugar, es preciso aclarar que la discusión jurídica del presente proceso no versa sobre la naturaleza POS o no POS de los servicios y tecnologías objeto de los recobros, sino sobre el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y técnicos exigidos por la normatividad vigente para que dichos valores pudieran ser reconocidos por la ADRES. El acto administrativo demandado fue expedido en estricto cumplimiento del marco normativo aplicable al proceso de auditoría y reconocimiento de recobros, observando los criterios de verificación documental, la oportunidad de la radicación y las condiciones técnicas y administrativas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En consecuencia, el acto acusado goza de presunción de legalidad, toda vez que refleja un ejercicio legítimo de verificación técnica y jurídica por parte de la ADRES, orientado a garantizar la adecuada administración de los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por tanto, no existe fundamento jurídico alguno para su anulación parcial, ya que la decisión adoptada no vulnera derechos subjetivos ni contraviene disposición normativa alguna, sino que se ajusta a los criterios legales de reconocimiento y exclusión definidos en la regulación vigente.

De otra parte, debe advertirse al Despacho que el argumento de la parte demandante resulta impreciso, en tanto pretende reducir el análisis del acto acusado a la simple verificación de si los servicios o tecnologías se encontraban o no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS, antes POS), cuando lo cierto es que el reconocimiento y pago de los recobros no se limita a dicha verificación, sino que exige además el cumplimiento integral de los requisitos establecidos en la normatividad vigente al momento de la prestación del servicio.

Durante el procedimiento de auditoría integral se evidenciaron inconsistencias y falencias atribuibles de manera exclusiva a la EPS, plenamente documentadas en el Apoyo Técnico que acompaña esta contestación, las cuales constituyen causas legítimas y suficientes para negar el reconocimiento económico solicitado.

En este contexto, resulta aplicable el principio general del derecho conforme al cual "***nadie puede alegar su propia culpa en beneficio propio"***. Así, la entidad demandante no puede invocar un supuesto daño antijurídico derivado de la no aprobación de recobros que no cumplieron con la regulación aplicable, ni pretender un pago indebido o doble con cargo a los recursos finitos y de destinación específica del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Autorizar el pago en tales condiciones implicaría un uso indebido de recursos públicos, en contravía de los principios de legalidad, transparencia y eficiencia que rigen la administración del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para mayor claridad del Despacho, se allega el Apoyo Técnico emitido por la Dirección de Otras Prestaciones, identificado como *"1166_Nueva_015800_61_Reporte"*, el cual contiene la trazabilidad de la auditoría integral practicada a los recobros objeto del presente litigio, los cuales, según señaló la demandante se encuentran comprendidos en el paquete RE_EH_4G.

Es pertinente manifestar al Despacho que en dicho Apoyo Técnico se evidencian únicamente **1.371 recobros (valores únicos)**, y no 1.961, toda vez que la base presentada por la parte demandante incluye también los **ítems individuales asociados a cada recobro**, lo que genera una duplicidad aparente en el conteo. En consecuencia, el número real de recobros analizados dentro del proceso administrativo corresponde a **1.371 recobros pretendidos.**

A su vez se informa que en apoyo técnico que se allega junto a la presente contestación de demanda, se pueden validar los valores que fueron aprobados dentro del proceso de auditoría integral que fue cursado por cada uno de los recobros objeto de litis. Así las cosas, en la hoja "**Consolidado**", el Despacho puede corroborar la siguiente información:

- Columna C – Número de radicación del recobro
- Columna F – Tipo de radicación
- Columna L – Número del paquete de recobros en el cual fue incluido
- Columna M – El valor total aprobado del recobro
- Columna N – El valor total glosado

En relación con los recobros aprobados, el Despacho puede verificar a su vez la hoja denominada **"Consolidado RadAnt"**, filtrando la columna "Q" por el valor **"Aprobado"**, así como en el Apoyo Técnico, pestaña **"Consolidado"**, columna "I". De esta forma, resulta evidente que, de accederse a las pretensiones de la demanda, se ordenaría un **doble pago por el mismo concepto** con cargo a los recursos del **Sistema General de Seguridad Social en Salud**, lo cual contraviene los principios de legalidad, eficiencia y sostenibilidad financiera que rigen dicho sistema.

Aunado a lo anterior, resulta indispensable revisar la fecha de prestación de cada uno de los servicios, la cual se encuentra consignada en la hoja de cálculo "**Detalle**" del Apoyo Técnico aportado, columna "AH", titulada "FECPRESTASERV", en la que se evidencia que la prestación de los servicios tuvo lugar entre el **16 de agosto de 2011 y el 15 de noviembre de 2019**.

Por otra parte, se informa al Despacho que los recobros objeto del presente medio de control fueron glosados por diversas causales, las cuales se encuentran claramente detalladas en el archivo técnico adjunto, en la hoja de cálculo denominada "Glosas totales". De dicho análisis se desprende que, en la mayoría de los casos, los recobros fueron objeto de **glosas múltiples o combinadas**, es decir, se les aplicaron más de una causal de rechazo que impidió su reconocimiento y pago, en este caso se informa que las glosas impuestas fueron las siguientes:

Tabla 1. Glosas impuestas en razón al procedimiento de auditoría

ID GLOSAS	DESCRIPCION GLOSA	NUMERO_ GLOSAS
AUD50006	La entidad recobrante no registró al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.	724
AUD50008	La entidad recobrante no aportó el Formato 7 y este se encuentra debidamente diligenciado y suscrito por parte de la entidad recobrante	549
AUD71005	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes	486
ANULACION	CANCELACION de la presentación de un recobro durante la AUDITORIA INTEGRAL	96

AUD30001	El medicamento objeto de recobro se encuentra financiado para la fecha de prestación del servicio con la UPC.	46
AUD70004	El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del medicamento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.	41
AUD50007	La entidad recobrante no aportó pruebas diagnósticas o el concepto que contiene el criterio clínico, según aplique, con las cuales fue confirmada la enfermedad huérfana.	39
AUD50012	La prueba diagnóstica confirmatoria registrada en el Formato 7 o allegada en los soportes para la enfermedad huérfana reportada no corresponde con lo definido en el protocolo del INS	32
AUD50001	La entidad recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología en salud.	25
AUD70006	El valor recobrado es mayor al valor liquidado una vez descontados los copagos y cuotas moderadoras, por lo tanto, se re-liquida y se glosa la diferencia.	24
AUD10003	El servicio o tecnología en salud registrada en el Anexo 1 no corresponde con los soportes allegados por la entidad recobrante	18
AUD60001	La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud recobrada	16
AUD10008	Los datos registrados en el Anexo 1 no son consistentes con los registrados en la factura o documento equivalente aportada	11
AUD70010	El valor objeto de recobro fue pagado con anterioridad por el Fosyga o la ADRES.	9
AUD60005	La factura o documento equivalente no describe el servicio o tecnología en salud de acuerdo con las especificaciones o en su defecto no existe correlación entre los soportes de la prescripción, suministro, facturación y recobro.	7
AUD71004	El recobro/cobro fue presentado con posterioridad a los tres años siguientes a fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente.	6
AUD71008	El usuario no se encuentra en estado activo o en periodo de protección laboral en la entidad recobrante para la fecha de prestación del servicio	6
AUD50015	No se aportó historia clínica, o resumen de la atención médica, o epicrisis o formato 7 donde se evidencien algunas de las especialidades previstas en el protocolo del INS,	4
AUD10001	El servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud, por la entidad recobrante, u ordenada por fallo de tutela no corresponde con la facturada.	3
AUD301001	El servicio o tecnología objeto de recobro es una exclusión del SGSSS	3
AUD70009	Los valores recobrados son menores o iguales al costo por evento o per cápita de lo financiado con la UPC y por lo tanto están a cargo de dicha Unidad.	3
APF40021	No se aportó acta de CTC o la misma se encuentra ilegible	2
AUD40001	La prescripción en MIPRES, resumen de atención, o,epicrisis, o, historia clínica no describe la tecnología en salud recobrada	2
AUD70003	El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado es superior al valor establecido en la Circular No. ( ) o por el VMR, por lo tanto, se glosa la diferencia	2
AUD10002	El servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud, por la entidad recobrante u ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la suministrada.	1
AUD30002	El procedimiento objeto de recobro se encuentra financiado con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio	1
AUD40004	La información del acta de junta de profesionales de la salud y/o concepto aprobado no se encuentran registrados en MIPRES	1

AUD71006	El usuario se encontraba en estado fallecido o en estado cancelado, hasta veinticuatro (24) horas después de la fecha de prestación del servicio	1

Fuente. Elaborado a partir del apoyo técnico emitido por la DOP

Del apoyo técnico allegado con esta contestación se concluye que las glosas impuestas se encuentran fundamentadas en lo dispuesto en las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018.

En segundo lugar, es preciso reiterar que **todo recobro debe someterse obligatoriamente al trámite de auditoría integral**, conforme al procedimiento administrativo regulado por el ordenamiento jurídico nacional. Este proceso tiene por objeto verificar la procedencia, validez y consistencia del cobro, en función de la adecuada ejecución de los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por lo tanto, **dicho trámite no puede ser obviado ni reemplazado por la vía judicial**, como parece pretender la parte actora al desconocer las decisiones administrativas previamente adoptadas dentro del procedimiento legalmente establecido.

Debe resaltarse que, conforme al principio general del derecho según el cual *"nadie puede alegar su propia culpa para obtener un beneficio"*, no le es dable a la parte demandante sostener que ha sufrido un daño antijurídico por no haber recibido el pago de los ítems de los recobros que **no cumplieron los requisitos exigidos**, y que fueron debidamente glosados. Pretender que se le reconozcan judicialmente recobros rechazados administrativamente por razones imputables exclusivamente a su propia gestión documental y procedimental, implicaría **un pago indebido o incluso doble**, afectando la legalidad y la sostenibilidad del sistema de salud, financiado con recursos públicos de naturaleza parafiscal.

Finalmente, es importante indicar que muestra de que la auditoría integral de los recobros objeto de litis se efectuó en debida forma, se constata en que aquellos ítems que fueron debidamente presentados, con observancia y apego a la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud, fueron aprobados y debidamente cancelados a la EPS demandante, tal como se puede evidenciar en el apoyo técnico anexo a este documento, en la hoja de cálculo "Consolidado", columna "M", donde se señala el valor reconocido a la accionante que asciende a la suma de $ 104.652.306.

A la pretensión Quinta. No se emite pronunciamiento respecto de esta pretensión, por tratarse del acto administrativo **N.º 20211600254171 del 18 de octubre de 2021**, *"Comunicación de resultados paquete RE_GT_1G"*, el cual **no hace parte del objeto procesal**, según lo definido en el **auto del 19 de septiembre de 2025**, que limitó el conocimiento del despacho al acto **N.º 20221600083361**.

A la pretensión Sexta. Frente a esta pretensión, la defensa **no formula pronunciamiento alguno**, por cuanto recae sobre el acto administrativo **N.º 20211600758921 de fecha 17 de junio de 2021**, *"Comunicación de resultados paquete RE_GT_2G"*, el cual **no fue incluido dentro del marco de conocimiento del presente proceso**, de acuerdo con lo establecido en el **auto del 19 de septiembre de 2025**, que dispuso que el despacho **solo avoca conocimiento del acto administrativo N.º 20221600083361.**

A la pretensión Séptima. Esta defensa se abstiene de realizar pronunciamiento alguno respecto de la pretensión

mencionada, dado que se relaciona con el acto administrativo **N.º 20221600083591 de fecha 17 de febrero de 2022**, *"Comunicación de resultados paquete RE_GT_3G"*, el cual **no es objeto de estudio en el presente proceso**, conforme a lo señalado en el **auto del 19 de septiembre de 2025**, en el que se estableció de manera expresa que en el presente proceso **avoca conocimiento únicamente del acto administrativo N.º 20221600083361**, razón por la cual cualquier consideración sobre otros actos sería improcedente.

A la pretensión Octava. La defensa no se pronuncia sobre esta pretensión, ya que se refiere al acto administrativo **N.º 20201600109241 de fecha 09 de diciembre de 2020**, *"Comunicación de resultados radicados MYT02 en el periodo comprendido entre abril de 2018 y mayo de 2020 paquete RE_MYT02_3G"*, **no comprendido dentro del objeto de conocimiento de este proceso**, según el **auto del 19 de septiembre de 2025**, que limitó el mismo al acto **N.º 20221600083361**.

A la pretensión Novena. Esta defensa se abstiene de emitir pronunciamiento respecto de la presente pretensión, por cuanto la misma se refiere al acto administrativo **N.º 20211600163611 del 19 de abril de 2021**, identificado como *"Comunicación de resultados cuentas radicadas mediante formato MYT01 en el periodo comprendido entre abril de 2018 y mayo de 2020 – paquete RE_MYT01_5G"*, el cual **no fue comprendido dentro del ámbito de conocimiento de este proceso**, de conformidad con lo establecido en el **auto del 19 de septiembre de 2025**, mediante el cual se precisó que el despacho **avoca únicamente conocimiento del acto administrativo N.º 20221600083361**.

A la pretensión Decima. No procede pronunciamiento alguno frente a esta pretensión, por cuanto hace referencia al acto administrativo **N.º 20211600337041 de fecha 30 de julio de 2021**, denominado *"Comunicación de Resultados paquete RE_MYT01_6G"*, el cual **no fue objeto de avocamiento por parte de este proceso**, según lo definido en el **auto del 19 de septiembre de 2025**, en el que se dispuso expresamente que el conocimiento del proceso se limita al acto administrativo **N.º 20221600083361**.

A la pretensión Decima primera. Esta defensa se abstiene de emitir pronunciamiento frente a dicha pretensión, por cuanto esta hace referencia al acto administrativo **N.º 20211600600041 del 28 de septiembre de 2021**, identificado como *"Comunicación de resultados paquete RE_MYT01_7G"*, el cual **no fue asumido para conocimiento por este proceso**, según lo establecido en el **auto del 19 de septiembre de 2025**, en el que se indicó expresamente que el despacho **avoca únicamente conocimiento del acto administrativo N.º 20221600083361**.

A la pretensión Decima Segunda. No procede pronunciamiento alguno frente a esta pretensión, por cuanto hace referencia al acto administrativo **N.º 20221600134691 de fecha 02 de marzo de 2022** denominado *"Comunicación de Resultados paquete RE_MYT01_9G"*, el cual **no fue objeto de avocamiento por parte de este despacho**, según lo definido en el **auto del 19 de septiembre de 2025**, en el que se dispuso expresamente que el conocimiento del proceso se limita al acto administrativo **N.º 20221600083361**.

A la pretensión Decima Tercera. Esta defensa técnica se opone a lo señalado en el acápite **"Décimo Tercero"**, en tanto no se trata propiamente de una **pretensión procesal**, sino de una **explicación o exposición de hechos** presentada por la parte demandante.

En efecto, el citado numeral no contiene una solicitud concreta dirigida al Despacho para que se emita un pronunciamiento de fondo, sino una descripción de los actos administrativos y valores que la parte actora pretende

cuestionar, acompañada de una relación de información contenida en una base de datos.

Por consiguiente, el contenido del "Décimo Tercero" debe entenderse como una **explicación complementaria del planteamiento fáctico** de la demanda, más no como una pretensión autónoma susceptible de pronunciamiento, razón por la cual esta defensa no emitirá consideración adicional al respecto.

A la pretensión Decima Cuarta. Esta defensa se opone a que como consecuencia de la declaratoria de la nulidad parcial de las comunicaciones descritas en el numeral anterior se condene a la ADRES a título de restablecimiento del derecho, al pago de $ 1.956.221.877.00 a favor de la EPS demandante, correspondiente a 1.961 ítems contenidos en 1.317 recobros, que realmente es la cantidad de recobros pretendidos, puesto en la base de datos la demandante indico los ítems de cada recobro de manera individualizada. Dicha pretensión es de carácter accesorio y depende de una pretensión principal que no está llamada a prosperar, en la medida en que la entidad demandante ya tramitó un procedimiento administrativo ante la ADRES, en el cual se impusieron glosas que impidieron el reconocimiento y pago de lo reclamado.

Es importante precisar al Despacho que, conforme al apoyo técnico rendido por la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, **la demandante presentó hasta en 16 oportunidades los recobros objeto de litis al trámite de auditoría integral.** En todas y cada una de dichas presentaciones se impusieron las glosas que dieron lugar a la negativa de pago de los servicios y/o tecnologías en salud pretendidas por la EPS demandante, lo que permite concluir que el trámite de auditoría integral adelantado respecto del paquete de recobros No. RE_EH_4G se efectuó en debida forma y que el acto administrativo objeto de controversia, se encuentra ajustado a derecho. Lo anterior puede corroborarse en la hoja de cálculo "Consolidado Rad ANT", específicamente en las columnas "L", "S", "Z", "AG", "AN", "AU", "BB", "BI", "BP", "BW", "CD", "CK", "CR", "CY", "DF" y "DM".

Al respecto, es necesario precisar que el reconocimiento de los valores pretendidos son considerados como una obligación accesoria, razón por la cual, su naturaleza misma no puede subsistir sin una obligación principal a la cual acceda, y, teniéndose que, los recobros objeto de litis no cumplen con el lleno de requisitos establecidos en la normatividad sobre el tema para su reconocimiento y pago; de conformidad con la información suministrada en el Apoyo Técnico que se adjunta, no es procedente su reconocimiento en la medida que no cumplen con los requisitos establecidos en la ley, razón por la cual, al no existir obligación principal que se encuentre pendiente de pago, por sustracción de materia, no puede existir la obligación accesoria de pago de intereses, pérdida del valor del dinero, gastos administrativos o indexación de valores.

Adicionalmente, se precisa que todo recobro debe ser sometido a un trámite de auditoría integral, conforme al procedimiento administrativo que se encuentra previsto en normas de carácter nacional el cual se encuentra debidamente regulado por el Estado a través de un estricto e ineluctable procedimiento de auditoría en el que se verifica la procedencia, origen jurídico, veracidad y validez del cobro, conforme a las normas del flujo de caja y utilización de recursos estatales para el sector salud, procedimiento administrativo que no se puede soslayarse usando la vía judicial en esta jurisdicción.

Sea del caso reiterar que, de acuerdo con los principios generales del derecho, *"a nadie le es dable su propia culpa para obtener provecho de ello"*, es decir que, para el caso que nos ocupa, no puede la entidad demandante alegar que ha sufrido un Daño Antijurídico, por no haber obtenido el pago de los recobros incluidos y/o excluidos en planes

de beneficios en salud, y **pretender hacerse un pago indebido o doble con los recursos finitos y de destinación específica del Sistema de Salud**, puesto como se indicó previamente hay 126 recobros que obtuvieron un reconocimiento parcial por valor de **$ 104.652.306**[1]**.**

3. FRENTE A LOS HECHOS

Frente al hecho Primero. No constituye un hecho en el sentido jurídico procesal. El enunciado que alude a los artículos 48, 49 y 365 de la Constitución Política de Colombia, según el cual la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio en cabeza del Estado y regulado como derecho fundamental mediante la Ley Estatutaria 1751 de 2015, carece de los elementos que permiten configurarlo como tal. Para que una manifestación adquiera la naturaleza de hecho procesal, debe presentar circunstancias precisas de modo, tiempo y lugar, ser verificable y específica dentro del contexto del proceso.

En el presente caso, lo expuesto corresponde al contenido normativo de disposiciones constitucionales que consagran principios y lineamientos generales sobre la organización, dirección y control del Sistema de Seguridad Social. Dichas normas definen competencias, derechos y deberes institucionales, pero no constituyen un acontecimiento fáctico susceptible de prueba ni generan efectos jurídicos particulares frente a la Administración.

De acuerdo con el principio ***Iura novit curia*** ("el juez conoce el derecho") y su correlato ***Da mihi factum, dabo tibi ius*** ("dame los hechos y te daré el derecho"), la determinación y aplicación del derecho corresponde al juez, mientras las partes deben limitarse a exponer los hechos que sustentan sus pretensiones o defensas. En virtud de este principio, se presume que el juez conoce las normas jurídicas aplicables, sin que sea necesario acreditar su existencia, validez o vigencia.

El artículo 177 del **Código General del Proceso** reafirma este criterio al disponer que las normas de alcance nacional, tales como la Constitución, las leyes, los decretos presidenciales y la jurisprudencia de las altas cortes, no requieren prueba, dado que se presumen conocidas por el juez. Únicamente las normas de carácter local o las disposiciones extranjeras deben acreditarse, por no presumirse de conocimiento general.

Por consiguiente, la referencia a los artículos constitucionales mencionados constituye una cita normativa orientada a la interpretación jurídica del caso, pero no un hecho verificable o demostrable. En ese sentido, carece de naturaleza fáctica dentro del proceso y no puede ser objeto de prueba.

Debe tenerse presente que la actividad probatoria recae exclusivamente sobre los hechos controvertidos. Cuando no existe discrepancia entre las partes, el hecho se considera aceptado y, por tanto, exento de prueba. Sin embargo, esta regla no aplica respecto de las normas jurídicas, cuya existencia y contenido no dependen de la aceptación de las partes, sino del conocimiento judicial.

En conclusión, la afirmación analizada corresponde a una manifestación de carácter normativo y no a un hecho procesalmente relevante. En aplicación del principio ***Iura novit curia***, el juez está facultado para aplicar directamente las normas invocadas sin necesidad de prueba. En consecuencia, esta manifestación no puede considerarse un hecho

[1] Ver apoyo técnico, hoja de cálculo denominada "Consolidado", columna "M".

susceptible de prueba ni produce efectos jurídicos automáticos frente a la Administración, motivo por el cual no se admite como hecho procesalmente relevante dentro de la presente actuación.

Frente al hecho Segundo. parcialmente cierto. Si bien es correcto afirmar que los servicios y tecnologías en salud autorizados en el país para la promoción, diagnóstico, tratamiento, recuperación y paliación de la enfermedad se financian con recursos del aseguramiento en salud pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), dicha afirmación resulta incompleta y general, pues omite precisar que la financiación de estos servicios está sujeta a las condiciones, límites y reglas de reconocimiento definidas por la normatividad vigente.

De acuerdo con la normatividad vigente, el **Plan de Beneficios en Salud (PBS)** con cargo a la **Unidad de Pago por Capitación (UPC)** comprende el conjunto de servicios y tecnologías que las **Entidades Promotoras de Salud (EPS)** deben garantizar directamente a sus afiliados. Este plan constituye el mecanismo ordinario de protección del derecho fundamental a la salud y define las coberturas a las que tienen derecho los usuarios, financiadas con la misma fuente, de conformidad con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El **Plan de Beneficios en Salud (PBS), antes POS**, se encuentra articulado con las coberturas provenientes de otras fuentes de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como con los programas, planes y acciones desarrollados por otros sectores que inciden en la salud y el bienestar de la población. En este contexto, corresponde a las **EPS** garantizar directamente las atenciones y servicios incluidos en el PBS con cargo a la **Unidad de Pago por Capitación (UPC)**, sin que dicha obligación pueda ser trasladada a la **ADRES**, por tratarse de una responsabilidad propia del asegurador dentro del esquema de financiamiento ordinario del sistema.

Solo de manera **excepcional**, la **ADRES** puede reconocer y pagar los servicios y tecnologías **no incluidas en el PBS (antes POS)**, siempre que las solicitudes de recobro cumplan estrictamente con los **requisitos jurídicos, financieros y médicos** establecidos en la normatividad aplicable en las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018 y en el **Manual de Auditoría Integral** vigente. Entre tales requisitos se encuentran la acreditación de la necesidad médica, la inexistencia de alternativas incluidas en el PBS, la validez y suficiencia de los soportes documentales, la adecuada radicación y la observancia de los plazos y procedimientos reglamentarios.

Por lo anterior, el hecho planteado se considera **parcialmente cierto**, pues si bien describe una regla general del sistema, **no refleja la estructura completa del financiamiento y reconocimiento de servicios en salud**. La sola afirmación de que los servicios se costean con recursos del aseguramiento no implica que todos ellos deban ser reconocidos por la ADRES, ni que su pago sea procedente sin el cumplimiento de los requisitos exigidos.

En consecuencia, esta manifestación no constituye un hecho plenamente verificable ni generador de efectos automáticos frente a la ADRES, toda vez que el reconocimiento económico de los servicios y tecnologías no incluidas en el PBS **depende de la observancia de los criterios legales y procedimentales previstos por la regulación vigente y los lineamientos del proceso de auditoría integral**.

Frente al hecho Tercero. Es cierto. conforme a lo dispuesto en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, el cual establece que para la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de

Salud (POS) —hoy denominado Plan de Beneficios en Salud (PBS)— el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud (EPS) un valor per cápita denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Este precepto constituye uno de los pilares estructurales del modelo de aseguramiento en salud en Colombia, en tanto define el mecanismo financiero mediante el cual las EPS asumen la responsabilidad de garantizar a sus afiliados la prestación oportuna, continua e integral de los servicios y tecnologías incluidas en el PBS.

Así mismo, esta disposición reafirma que las EPS, en su calidad de gestoras del aseguramiento, deben administrar los recursos de la UPC con criterios de eficiencia, oportunidad y transparencia, garantizando la atención integral dentro de los servicios cubiertos, sin trasladar al usuario ni al Estado la carga económica de las prestaciones financiadas con dicha unidad.

En consecuencia, el artículo 182 de la Ley 100 de 1993 no solo define un aspecto financiero del sistema, sino que también impone a las EPS la obligación jurídica de garantizar los servicios incluidos en el PBS con cargo a la UPC, asegurando la protección efectiva del derecho fundamental a la salud bajo los principios de universalidad, equidad y sostenibilidad del sistema.

Frente al hecho Cuarto. Es parcialmente cierto. En efecto, dentro del esquema de gestión del aseguramiento en salud, las EPS pueden solicitar el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, a través del mecanismo de recobro ante la Nación —actualmente administrado por la ADRES—. No obstante, dicho reconocimiento no es automático ni incondicional, sino que se encuentra sujeto al cumplimiento estricto de una serie de requisitos jurídicos, técnicos y financieros establecidos en la normatividad vigente.

Estos requisitos tienen como finalidad garantizar la adecuada utilización de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los cuales son de naturaleza pública y deben destinarse exclusivamente a la financiación de servicios y tecnologías efectivamente prestados, pertinentes y debidamente soportados.

En ese sentido, para que las EPS puedan acceder al reconocimiento de estos valores, deben demostrar, entre otros aspectos, la oportunidad, pertinencia, necesidad médica, autorización y evidencia de la prestación del servicio o suministro del medicamento, conforme a los parámetros definidos en el Manual de Auditoría de la ADRES y las demás disposiciones aplicables.

De igual forma, la ADRES, en su calidad de administradora de los recursos del sistema, tiene la obligación de ejercer una revisión integral de los recobros presentados, verificando la observancia de los criterios de procedencia, validez documental y razonabilidad económica antes de proceder a su reconocimiento.

En consecuencia, si bien es cierto que las EPS pueden actuar como entidades recobrantes para los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, solo procederá su reconocimiento cuando se acredite el cumplimiento pleno de los requisitos normativos y técnicos exigidos, en aras de proteger la sostenibilidad financiera del sistema y evitar pagos indebidos con cargo a los recursos públicos de la salud.

Frente al hecho Quinto. Es cierto. En el proceso de recobro, las EPS efectivamente reconocen y pagan los servicios

y tecnologías que les son facturados por su red prestadora y proveedores de servicios de salud, para posteriormente tramitar el reembolso ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES (antes FOSYGA).

No obstante, es importante precisar que la sola presentación del recobro no implica su procedencia automática ni garantiza su reconocimiento económico por parte de la ADRES. Para que el reembolso sea viable, la EPS debe acreditar el cumplimiento de todos los requisitos jurídicos, técnicos, financieros y administrativos previstos en la normatividad vigente y en el Manual de Auditoría de la ADRES, que regulan de manera estricta la procedencia del reconocimiento.

Dichos requisitos buscan verificar la pertinencia, validez, oportunidad y justificación médica de los servicios recobrados así como la transparencia y legalidad en la gestión de los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, el reconocimiento por parte de la ADRES solo procede cuando se demuestra de manera plena el cumplimiento de los parámetros establecidos, evitando así pagos indebidos y protegiendo la sostenibilidad financiera del sistema.

Frente al hecho Sexto. Es cierto. En cuanto reconoce correctamente la función que cumple la ADRES (antes FOSYGA) dentro del procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro presentadas por las entidades recobrantes.

De conformidad con la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las encargadas de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud, bien sea de manera directa o mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). En contraprestación por dicha función, las EPS reciben una Unidad de Pago por Capitación (UPC), valor que reconoce la ADRES en cumplimiento de las funciones asignadas por el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015.

Ahora bien, en cuanto a los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, la normatividad ha previsto mecanismos específicos de financiación. Inicialmente, tales servicios se reconocían a través del procedimiento de recobro, mediante el cual la EPS, como entidad recobrante, presentaba a la ADRES las solicitudes de reembolso por los valores pagados, cumpliendo con las condiciones y etapas definidas por el Manual de Auditoría y la normatividad vigente.

Este procedimiento administrativo garantiza el principio de eficiencia consagrado en el artículo 2° de la Ley 100 de 1993, orientado a asegurar el uso adecuado de los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y evitar pagos indebidos o injustificados.

En conclusión, si bien es cierto que la ADRES tiene la responsabilidad de adelantar los procedimientos de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, dicho reconocimiento solo procede cuando las EPS cumplen plenamente los requisitos exigidos por la ley y la reglamentación vigente, en virtud de la obligación estatal de proteger y salvaguardar los recursos del sistema.

Frente al hecho Séptimo. Es parcialmente cierto. Si bien el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 dispone que las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) o los servicios

complementarios pueden ser financiados con los recursos apropiados para tal efecto en el presupuesto administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), ello no implica que dicho reconocimiento sea automático ni incondicional.

En efecto, la ADRES solo puede proceder al reconocimiento y pago de estas tecnologías o servicios cuando las EPS o entidades recobrantes acrediten el cumplimiento estricto de los requisitos, condiciones y procedimientos establecidos en la normativa vigente, especialmente en las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018, o las normas que las modifiquen o sustituyan, así como en el Manual de Auditoría Integral de los recobros.

Estas disposiciones regulan los criterios **jurídicos, médicos y financieros** aplicables al proceso de recobro, las etapas de radicación y auditoría, y los mecanismos de verificación que permiten garantizar la correcta utilización de los recursos del SGSSS.

Asimismo, es importante resaltar que conforme al **artículo 3° del Decreto 1429 de 2016**, la **ADRES** tiene entre sus principales **funciones**:

1. Administrar los recursos del Sistema de acuerdo con los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015.
2. Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud, conforme a la reglamentación expedida por el Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Adelantar las verificaciones necesarias para garantizar el buen uso y control de los recursos.
4. Realizar pagos y giros directos a los prestadores y proveedores de servicios de salud.
5. Adoptar y proponer mecanismos para proteger los recursos administrados, evitando fraudes y pagos indebidos.

De lo anterior se colige que **la ADRES no actúa de manera discrecional ni automática, sino en cumplimiento de un procedimiento administrativo que exige la verificación, control y auditoría integral de cada solicitud presentada por las EPS o entidades recobrantes**. Dichos procedimientos garantizan la transparencia, eficiencia y legalidad en la administración del sistema, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y sostenibilidad previstos en la Ley 100 de 1993 y en las normas que la desarrollan.

En consecuencia, aunque es cierto que la ADRES administra los recursos destinados a la financiación de servicios y tecnologías no cubiertas por la UPC, su reconocimiento y pago solo proceden cuando se acredita el cumplimiento de los requisitos normativos, técnicos y financieros previstos en las resoluciones aplicables y en el marco de las funciones expresamente asignadas a la entidad.

Frente al hecho Octavo. No me consta, que los ítems objeto de la presente demanda correspondan efectivamente a tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC que hayan sido **autorizadas, reconocidas y pagadas** por **NUEVA EPS** a la red prestadora o a los proveedores de servicios de salud, puesto que mi representada desconoce la relación contractual que tiene la EPS demandante con las IPS contratadas, razón por la cual la entidad actora debe indicar los nombres de sus prestadores a fin de que estos se sirvan informar al despacho si estaban habilitados para

prestar los servicios de salud contratados. Igualmente debe demostrar que efectivamente canceló a las IPS de su red de prestadores de servicios dichos medicamentos e insumos de los cuales pretende el reconocimiento y pago.

Ahora bien, es necesario reiterar que, conforme al marco legal y jurisprudencial aplicable, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen el deber de garantizar el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud requeridos por sus afiliados, en virtud de su naturaleza y funciones dentro del SGSSS. Tal obligación implica que, ante una necesidad médica debidamente soportada, la EPS debe procurar la atención integral del usuario y, de estimar que el servicio o tecnología no está financiado con recursos de la UPC, puede acudir al mecanismo de recobro ante la ADRES, siempre que cumpla estrictamente con los requisitos, condiciones y plazos establecidos en las normas que regulan la materia.

En consecuencia, esta defensa rechaza las aseveraciones de la parte actora en el sentido de que el debate se reduzca a determinar si las tecnologías o servicios prestados estaban o no incluidos en el POS o PBS, pues el punto central de análisis radica en verificar si las solicitudes de recobro fueron presentadas de forma adecuada, completa, oportuna y conforme al marco normativo aplicable al momento de la prestación del servicio.

Debe tenerse en cuenta que ningún derecho puede derivarse del incumplimiento de los deberes legales y procedimentales que rigen el proceso de recobro, especialmente en cuanto a la carga de demostrar la pertinencia, procedencia y oportunidad de los servicios reclamados.

En este sentido, se precisa que las solicitudes de recobro objeto del presente proceso **no superaron la auditoría integral**, en la medida en que **no cumplieron con la normativa vigente** aplicable para el periodo comprendido entre el **2 de septiembre de 2011 y el 1 de marzo de 2017**, entre las cuales se destacan las **Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018**, así como los **Acuerdos 029 de 2011 y 032 de 2012**, y además del **Manual de Auditoría** expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales establecen los parámetros técnicos y jurídicos para la procedencia del reconocimiento y pago de los recobros.

Por tanto, **no puede tenerse por demostrado** que las prestaciones objeto de demanda hayan cumplido con los requisitos exigidos por la normativa aplicable, ni que exista derecho alguno a su reconocimiento o pago con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ahora bien, de conformidad con el apoyo técnico rendido por el área misional de la ADRES, algunos de los recobros objeto de litis además de contar con otras glosas, les fue impuesta la glosa “AUD30001 - El medicamento objeto de recobro se encuentra financiado para la fecha de prestación del servicio con la UPC”, lo anterior quiere decir, que adicional al incumplimiento de otros requisitos establecidos en la normativa, respecto de algunos medicamentos y/o servicios en salud, la demandada tampoco tuvo en cuenta la normativa desplegada por el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual se estableció el Plan de Beneficios en Salud - PBS (antes POS) que se encontraba vigente para la fecha de prestación de servicio, lo cual evidencia un desapego a la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud y deviene en un enriquecimiento injustificado por parte de la demandante con cargo a los recursos finitos y de destinación específica con que cuenta el Sistema de Salud.

Frente al hecho Noveno. Es parcialmente cierto, Toda vez que si bien se evidencia que NUEVA EPS efectuó la

radicación de determinadas cuentas de recobro ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES (anteriormente FOSYGA), ello no implica por sí mismo que dichas solicitudes cumplieran con los requisitos legales, técnicos, financieros y procedimentales exigidos para su reconocimiento y pago. En efecto, la simple radicación de los recobros no otorga automáticamente derecho alguno al reembolso, pues la normativa vigente —particularmente las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018, así como los Acuerdos 029 de 2011 y 032 de 2012, entre otras establecen un proceso técnico administrativo estricto, que requiere la verificación de múltiples aspectos relacionados con la pertinencia médica, procedencia jurídica, suficiencia documental, oportunidad en la presentación y consistencia contable de cada cuenta.

Por tanto, si bien NUEVA EPS adelantó el trámite administrativo especial de recobros ante la ADRES, ello no acredita el cumplimiento integral de los presupuestos normativos exigidos para el reconocimiento de los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC.

Debe recordarse que la ADRES, en ejercicio de sus funciones legales (artículo 3 del Decreto 1429 de 2016 y artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015), está obligada a verificar rigurosamente cada solicitud de recobro, con el fin de proteger los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, evitar pagos indebidos y garantizar que solo se reconozcan aquellas cuentas que cumplan con las condiciones jurídicas, técnicas y financieras establecidas por la normatividad y el Manual de Auditoría.

En consecuencia, no basta con la radicación formal de las cuentas, sino que debe demostrarse el cumplimiento de todos los requisitos que legitiman su reconocimiento, los cuales —según los antecedentes administrativos— no fueron superados por las cuentas objeto de controversia.

Frente al hecho Décimo. Es cierto, debe resaltarse que, conforme al artículo 53 de la Resolución 1885 de 2018, en el marco del procedimiento administrativo especial de recobros, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES (antes FOSYGA) emite una comunicación que constituye el acto administrativo definitivo, mediante el cual se adopta una de las siguientes decisiones:

i. Aprobación total de los ítems presentados;
ii. Aprobación con reliquidación;
iii. Aprobación parcial; o
iv. No aprobación de los servicios o tecnologías reclamadas.

Ahora bien, es fundamental precisar que la ADRES, conforme a lo dispuesto en el artículo 3° del Decreto 1429 de 2016, tiene entre sus principales funciones administrar, verificar y controlar la correcta destinación de los recursos del SGSSS, asegurando su adecuada utilización y evitando pagos indebidos o fraudes.

En cumplimiento de esta función, la ADRES debe verificar de manera rigurosa que las solicitudes de recobro presentadas por las EPS o EOC cumplan todos los requisitos normativos, técnicos, jurídicos y financieros establecidos en el procedimiento administrativo especial de recobros, regulado por las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de

2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018, entre otras.

Por lo tanto, la emisión de la comunicación de decisión dentro del trámite de recobros no constituye un simple acto informativo, sino una determinación administrativa sustentada en un proceso de auditoría integral que busca garantizar el principio de eficiencia y transparencia en el manejo de los recursos públicos del sistema de salud. En consecuencia, sólo los recobros que superen satisfactoriamente las verificaciones y cumplan los requisitos exigidos por la normativa vigente pueden ser objeto de reconocimiento y pago por parte de la ADRES.

Frente al hecho Décimo primero. No es cierto, No existe prueba alguna que permita concluir que la ADRES haya rechazado de forma indebida los 1.961 ítems contenidos en 1.317 recobros, ni que tales glosas carezcan de fundamento técnico o jurídico. Por el contrario, del análisis detallado del expediente administrativo y del Apoyo Técnico aportado con esta contestación se verifica que las solicitudes de recobro presentadas **no cumplieron con los requisitos esenciales** previstos en la normatividad que regula el procedimiento administrativo especial de recobros para la época de la prestación de los servicios.

Debe precisarse que el número referido por la parte actora no corresponde a la realidad del proceso. Al depurar la información y revisar únicamente los recobros sometidos a revisión dentro del presente trámite, se evidencia que el universo real es sustancialmente menor. Asimismo, los recobros glosados lo fueron como resultado de la **auditoría integral**, mecanismo legalmente establecido para verificar la procedencia del reconocimiento y pago, conforme a lo dispuesto, entre otras, en las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018, así como en el Manual de Auditoría Integral de Recobros.

En dicha auditoría se encontraron múltiples inconsistencias de carácter jurídico, técnico, documental y financiero, plenamente documentadas en los soportes del proceso, tales como: ausencia o inconsistencia de soportes clínicos, errores en el cálculo del comparador administrativo, afiliación del usuario al régimen de excepción, valores recobrados por encima de lo permitido, soportes diagnósticos no válidos para enfermedad huérfana, entre otros. Estas inconsistencias constituyen causales legítimas de glosa previstas en la regulación aplicable.

En consecuencia, resulta impreciso y contrario a la realidad afirmar que los recobros fueron rechazados “de forma indebida”. Las glosas impuestas responden al cumplimiento estricto de las funciones de la ADRES, entidad que debe garantizar la adecuada utilización de los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y actuar conforme a los principios de legalidad, eficiencia, rigor técnico y protección del erario.

Por lo anterior, esta defensa se opone categóricamente a la afirmación de la parte actora y solicita al Despacho tener por no demostrado el hecho referido, por carecer de sustento jurídico, fáctico y probatorio.

Estas glosas, se encuentran analizadas en el acápite **“*6.2. De las glosas impuestas como resultado de la auditoría*”.**

Se reitera al Despacho que el reconocimiento de los recobros se encuentra sometido a un procedimiento

administrativo reglado, dentro del cual cada solicitud debe superar las validaciones **médicas, jurídicas y financieras** correspondientes. En ese sentido, no basta con señalar que el medicamento, servicio o procedimiento recobrado sea catalogado como **No POS** —hoy PBS—, sino que la EPS tiene la carga de acreditar el cumplimiento íntegro de todos los requisitos normativos exigidos para la procedencia del mismo.

Respecto a las glosas, se evidencian que las que efectivamente se impusieron de manera completa y especifica fueron las siguientes:

Tabla 2. Estado de los recobros

ID GLOSAS	DESCRIPCION GLOSA	NUMERO_ GLOSAS
AUD50006	La entidad recobrante no registró al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.	724
AUD50008	La entidad recobrante no aportó el Formato 7 y este se encuentra debidamente diligenciado y suscrito por parte de la entidad recobrante	549
AUD71005	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes	486
ANULACION	CANCELACION de la presentación de un recobro durante la AUDITORIA INTEGRAL	96
AUD30001	El medicamento objeto de recobro se encuentra financiado para la fecha de prestación del servicio con la UPC.	46
AUD70004	El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del medicamento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.	41
AUD50007	La entidad recobrante no aportó pruebas diagnósticas o el concepto que contiene el criterio clínico, según aplique, con las cuales fue confirmada la enfermedad huérfana.	39
AUD50012	La prueba diagnóstica confirmatoria registrada en el Formato 7 o allegada en los soportes para la enfermedad huérfana reportada no corresponde con lo definido en el protocolo del INS	32
AUD50001	La entidad recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología en salud.	25
AUD70006	El valor recobrado es mayor al valor liquidado una vez descontados los copagos y cuotas moderadoras, por lo tanto, se re-liquida y se glosa la diferencia.	24
AUD10003	El servicio o tecnología en salud registrada en el Anexo 1 no corresponde con los soportes allegados por la entidad recobrante	18
AUD60001	La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud recobrada	16
AUD10008	Los datos registrados en el Anexo 1 no son consistentes con los registrados en la factura o documento equivalente aportada	11
AUD70010	El valor objeto de recobro fue pagado con anterioridad por el Fosyga o la ADRES.	9
AUD60005	La factura o documento equivalente no describe el servicio o tecnología en salud de acuerdo con las especificaciones o en su defecto no existe correlación entre los soportes de la prescripción, suministro, facturación y recobro.	7
AUD71004	El recobro/cobro fue presentado con posterioridad a los tres años siguientes a fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente.	6
AUD71008	El usuario no se encuentra en estado activo o en periodo de protección laboral en la entidad recobrante para la fecha de prestación del servicio	6

AUD50015	No se aportó historia clínica, o resumen de la atención médica, o epicrisis o formato 7 donde se evidencien algunas de las especialidades previstas en el protocolo del INS,	4
AUD10001	El servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud, por la entidad recobrante, u ordenada por fallo de tutela no corresponde con la facturada.	3
AUD301001	El servicio o tecnología objeto de recobro es una exclusión del SGSSS	3
AUD70009	Los valores recobrados son menores o iguales al costo por evento o per cápita de lo financiado con la UPC y por lo tanto están a cargo de dicha Unidad.	3
APF40021	No se aportó acta de CTC o la misma se encuentra ilegible	2
AUD40001	La prescripción en MIPRES, resumen de atención, o, epicrisis, o, historia clínica no describe la tecnología en salud recobrada	2
AUD70003	El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado es superior al valor establecido en la Circular No. ( ) o por el VMR, por lo tanto, se glosa la diferencia	2
AUD10002	El servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud, por la entidad recobrante u ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la suministrada.	1
AUD30002	El procedimiento objeto de recobro se encuentra financiado con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio	1
AUD40004	La información del acta de junta de profesionales de la salud y/o concepto aprobado no se encuentran registrados en MIPRES	1
AUD71006	El usuario se encontraba en estado fallecido o en estado cancelado, hasta veinticuatro (24) horas después de la fecha de prestación del servicio	1

Fuente: Elaboración a partir del apoyo técnico – Hoja de cálculo "Glosas"

En este sentido, es preciso señalar que las solicitudes de recobro presentadas no superaron la auditoría integral, en la medida en que no cumplieron con la normatividad vigente para la fecha de prestación de los servicios (del **16 de agosto de 2011 al 15 de noviembre de 2019**). Entre las disposiciones aplicables se encuentran las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018, entre otros actos administrativos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y en el Manual de Auditoria los cuales se detallarán a lo largo del presente documento.

En virtud de lo anterior, el Apoyo Técnico adjunto contiene la trazabilidad de los recobros, es decir, los tipos de radicación, los códigos y la descripción de las glosas aplicadas, así como los valores recobrados y los valores glosados, en dicho documento se observan las falencias en las solicitudes de recobros radicadas por la demandante, las cuales únicamente son imputables a la EPS, situación que impidió el reconocimiento de los servicios recobrados.

Frente al hecho Décimo segundo. No es cierto. Si bien es cierto que el procedimiento especial de recobros adelantado ante la ADRES no contempla la interposición del recurso de apelación en tanto se trata de un trámite administrativo autónomo sin superior jerárquico que pueda conocer de dicha impugnación, ello no significa, en manera alguna, que las glosas impuestas sean inmodificables ni que las EPS carezcan de mecanismos jurídicos y procedimentales para subsanar, corregir o complementar la información presentada.

Por el contrario, el procedimiento de recobros constituye un procedimiento administrativo especial, plenamente regulado por las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de

2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018, normativa que otorga a las entidades recobrantes amplias facultades para atender inconsistencias advertidas durante el proceso de auditoría integral.

En primer lugar, debe resaltarse que la EPS sí cuenta con múltiples herramientas normativas para subsanar inconsistencias, entre ellas: (i) el uso del Formato MYT04, mecanismo facultativo expresamente previsto para corregir y ajustar información frente a glosas u objeciones, sin que ello implique la reactivación de términos; (ii) la posibilidad de presentar objeción al resultado de auditoría, dentro de los dos meses siguientes a la comunicación del resultado, mecanismo a través del cual puede controvertir las glosas impuestas; y, adicionalmente, (iii) el acceso a mecanismos extraordinarios de radicación, establecidos por el legislador para permitir la presentación nuevamente de solicitudes que no superaron la auditoría integral, siempre que se cumplieran los requisitos definidos por la normatividad.

Aún más relevante resulta el proceso de corrección, previsto en el artículo 42 de la Resolución 41656 de 2019, al cual la EPS efectivamente acudió. Dicho proceso constituye un mecanismo excepcional que habilita a los recobrantes para ajustar la información reportada en el Formato MYT01, con base en los parámetros contenidos en MIPRES, con el fin de garantizar coherencia, veracidad y completitud en los datos exigidos para la verificación y reconocimiento del recobro. Este proceso fue comunicado y coordinado por la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, que estableció un cronograma específico para la presentación de la información corregida, circunstancia que evidencia que existieron oportunidades reales y suficientes para subsanar inconsistencias.

Adicionalmente, el Sistema de Auditoría por Alertas regulado en el artículo 10 de la Resolución 41656 de 2019 otorga a la ADRES la facultad de: (i) requerir soportes adicionales, (ii) adelantar verificaciones en cualquier etapa del proceso, (iii) seleccionar servicios para seguimiento especial y (iv) abstenerse de reconocer valores mientras existan inconsistencias. Estas herramientas, lejos de limitar a la EPS, constituyen escenarios formales en los cuales esta podía y debía responder a los requerimientos, ajustando y corrigiendo la información presentada.

Es necesario reiterar que todo el procedimiento se desarrolla bajo la estructura de la auditoría integral, etapa en la cual se verifican los componentes técnico-médico, jurídico y financiero de cada solicitud de recobro. El éxito de esta auditoría depende de la carga que recae sobre la entidad recobrante, quien debe garantizar la claridad, precisión, coherencia y completitud de los soportes allegados. En el presente caso, se evidenció que las glosas impuestas derivaron del incumplimiento de requisitos esenciales previstos en la normativa vigente, situación plenamente acreditada y que justifica las decisiones adoptadas por la ADRES.

Por lo tanto, no es acertado afirmar que la ausencia de recurso de apelación implica un cierre absoluto del trámite, la EPS contaba con mecanismos ordinarios, facultativos y extraordinarios para superar inconsistencias, varios de los cuales utilizó conforme a la normatividad vigente. Las glosas impuestas, en consecuencia, no solo fueron legítimas y ajustadas al procedimiento especial, sino que obedecieron estrictamente al incumplimiento de requisitos que la propia EPS estaba obligada a satisfacer.

Finalmente, como ya se indicó en este escrito, es imperativo señalar que la demandante radicó hasta el 16 oportunidades los recobros objeto de litigio al trámite de auditoría integral, situación que puede ser corroborada por el despacho en el apoyo técnico adjunto a esta contestación, en la hoja de cálculo “Consolidado Rad ANT”, específicamente en las columnas “L”, “S”, “Z”, “AG”, “AN”, “AU”, “BB”, “BI”, “BP”, “BW”, “CD”, “CK”, “CR”, “CY”, “DF” y “DM”.

Frente al hecho Décimo tercero. No es cierto, La suma señalada corresponda a servicios o ítems "glosados injustificadamente" por la ADRES. Por el contrario, el valor mencionado por la demandante carece de sustento fáctico y jurídico, desconoce el contenido de las auditorías realizadas y omite que las glosas impuestas responden a incumplimientos objetivos y verificables de los requisitos previstos en la normativa vigente para la época de los hechos.

En efecto, tal como se expuso a lo largo de esta contestación y como se evidencia en el Apoyo Técnico aportado, las solicitudes de recobro presentadas no superaron la auditoría integral, debido a que incumplieron requisitos esenciales contenidos en resoluciones de obligatorio cumplimiento, entre ellas las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018. Dichos incumplimientos dieron lugar a glosas plenamente justificadas, entre las cuales se destacan: i)La entidad recobrante no registró al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya; ii) La entidad recobrante no aportó el Formato 7 y este se encuentra debidamente diligenciado y suscrito por parte de la entidad recobrante; iii) El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes; iv) CANCELACION de la presentación de un recobro durante la AUDITORIA INTEGRAL; v) El medicamento objeto de recobro se encuentra financiado para la fecha de prestación del servicio con la UPC; vi) El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del medicamento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia; vii) La entidad recobrante no aportó pruebas diagnósticas o el concepto que contiene el criterio clínico, según aplique, con las cuales fue confirmada la enfermedad huérfana; viii) La prueba diagnóstica confirmatoria registrada en el Formato 7 o allegada en los soportes para la enfermedad huérfana reportada no corresponde con lo definido en el protocolo del INS; ix) La entidad recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología en salud; x) El servicio o tecnología en salud registrada en el Anexo 1 no corresponde con los soportes allegados por la entidad recobrante; entre otras[2].

Es importante reiterar que las glosas impuestas no se fundamentaron en criterios discrecionales o arbitrarios, sino en verificaciones técnicas, jurídicas y financieras realizadas conforme al Manual de Auditoría, la normatividad expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y los lineamientos aplicables al trámite especial de recobros.

La ADRES, en cumplimiento de sus funciones legales, está llamada a proteger la debida utilización de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, motivo por el cual debe negar o glosar los recobros que no cumplen con los requisitos documentales y procedimentales exigidos. En ese sentido, no es cierto que exista un monto pendiente de reconocimiento por concepto de glosas "injustificadas".

Las glosas aplicadas corresponden a causas objetivas debidamente registradas y comunicadas a la EPS dentro del procedimiento especial de auditoría integral. Cualquier suma que la parte actora pretenda atribuir como adeudada no encuentra respaldo en las verificaciones realizadas ni en el marco normativo aplicable, razón por la cual se rechaza dicho valor en su totalidad.

Por otra parte, dentro del análisis de los recobros objeto de la litis, como se indicó previamente, corresponden a **1.317**

[2] Ver anexo, apoyo técnico, hojas de cálculo "glosas", "glosas totales", "detalle de glosas por ítem".

recobros, toda vez que los 1.961 relacionados por la parte demandante obedecen a la contabilización de **ítems** y no de recobros. Asimismo, es importante señalar que conforme el apoyo técnico brindado por el área misional i) 126 recobros obtuvieron pagos parciales que ascienden a la suma de $ 104.652.306 y ii) algunos de los recobros fueron glosados por tratarse de servicios que se encuentran financiados para la fecha de prestación de servicio por la UPC, es decir, que se encontraban establecidos como parte del Plan de Beneficios en Salud PBS.

En consecuencia, resulta evidente que, de accederse a las pretensiones formuladas en la demanda, se ordenaría un **doble reconocimiento y pago por el mismo concepto**, con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual contravendría los principios de **legalidad, eficiencia, buena administración y sostenibilidad financiera** que rigen la adecuada administración de dichos recursos.

En conclusión, la cifra mencionada por la parte actora no refleja valores susceptibles de pago por parte de la ADRES, no corresponde a obligaciones ciertas, exigibles ni legalmente procedentes y, además, surge del desconocimiento del contenido y efectos de las glosas justificadas impuestas conforme a la ley.

Frente al hecho Décimo cuarto. No es cierto. Respecto a la caducidad de las solicitudes de recobro, para el caso concreto, las reglas de flexibilización previstas en el Auto 1942 no son aplicables, dado que la demanda fue radicada posteriormente a la entrada en vigor de dicho Auto, lo cual es el 19 de diciembre de 2022, por lo que la demandante no puede beneficiarse de dicha flexibilización.

Por el contrario, la normativa especial aplicable establece un término trienal para interponer la acción judicial correspondiente desde **la fecha de prestación del servicio**, entrega de la tecnología en salud o egreso del paciente, **que en el presente caso comprende el período del 16 de agosto de 2011 al 15 de noviembre de 2019**. En particular, el literal a) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 establece expresamente que, vencido este plazo sin haberse presentado la reclamación o el recobro, prescribe el derecho al pago y se extingue la obligación del FOSYGA o de la ADRES.

Por lo tanto, el término prescriptivo debe calcularse desde la fecha de prestación del servicio hasta la radicación de la demanda, lo que evidencia que cualquier reclamación formulada con posterioridad se encuentra por fuera del plazo legalmente establecido y, en consecuencia, se halla prescrita.

Aplicado lo anterior al caso concreto, se advierte que la demanda fue presentada el **19 de diciembre de 2022**, mientras que los servicios de salud fueron brindados por la EPS entre el **16 de agosto de 2011 y el 15 de noviembre de 2019**. En esa medida, resulta claro que en este asunto se configuró el fenómeno jurídico de la prescripción.

Ahora bien, en cuanto a la notificación del acto administrativo objeto de la litis, para la fecha de radicación de la demanda ya se encontraba plenamente vigente el Auto 389 de 2021 de la Corte Constitucional, proferido el 22 de julio de 2021, mediante el cual se precisó de manera categórica que las decisiones adoptadas por la ADRES en el trámite de recobros constituyen actos administrativos y, por consiguiente, se rigen por las reglas propias de notificación, ejecutoria y caducidad del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho.

La documentación que integra el acto administrativo, en particular el Apoyo Técnico, evidencia que la notificación se realizó de manera efectiva, consignándose en la hoja “Consolidado”, columna “S”, la fecha de notificación de

resultados a la EPS corresponde al 09 de noviembre de 2020 al 21 de febrero de 2022, dato verificable y suficiente para establecer el inicio del término de caducidad, desvirtuando cualquier pretensión de desconocer la notificación.

Adicionalmente, la documental aportada por la propia EPS corrobora que la ADRES cumplió cabalmente con su obligación legal de notificación, pues de no haber sido así, la EPS no habría podido allegar dichos documentos al proceso.

Finalmente, respecto a la alegación de la EPS sobre la supuesta falta de acceso a la documental, es preciso señalar que la demandante podría haber requerido dicha información mediante un derecho de petición, conforme al artículo 78 del Código General del Proceso, por lo que los argumentos de la EPS carecen de fundamento, no se ajustan a la realidad probatoria y no están llamados a prosperar.

4. MARCO LEGAL Y FUNDAMENTOS DE DEFENSA

4.1. Etapas del procedimiento administrativo de recobros

La auditoría integral constituye la etapa del procedimiento en la cual se evalúan las solicitudes radicadas por las entidades recobrantes, atendiendo de manera articulada los componentes técnico-médico, jurídico y financiero. Este análisis conjunto permite determinar si procede el reconocimiento y pago de las tecnologías en salud no financiadas con la UPC (NO POS), o si, por el contrario, se configura el incumplimiento de alguno de los requisitos exigidos, lo que conlleva a la imposición de glosas.

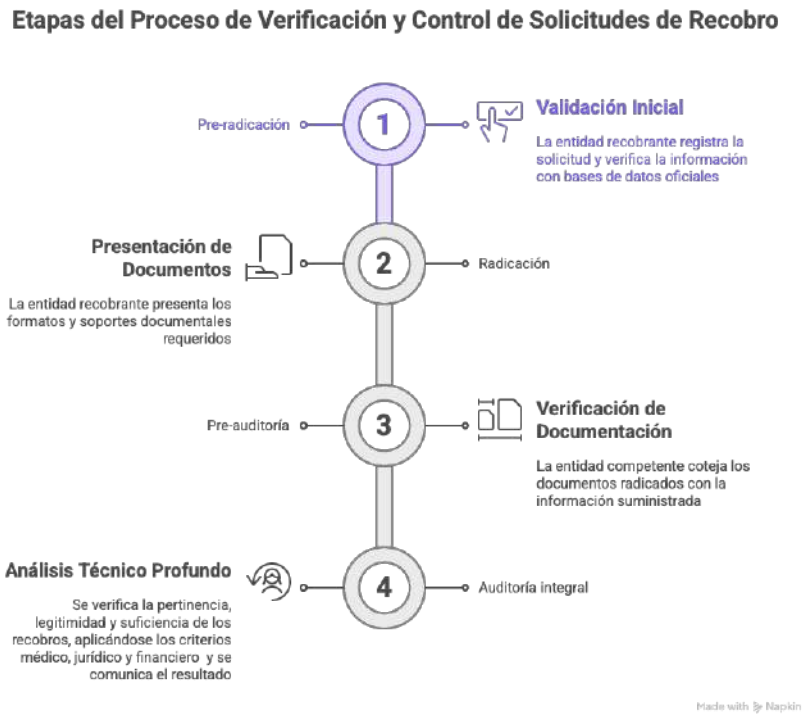
En cuanto al marco normativo, los requisitos y procedimientos para la radicación de recobros fueron inicialmente regulados por las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018.

Esta norma tuvo como propósito unificar los criterios de verificación del cumplimiento de los requisitos exigidos, armonizar las directrices impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y establecer los lineamientos técnicos que orientan la auditoría integral. Todo ello con el fin de permitir decisiones ágiles, técnicas y ajustadas a derecho por parte del entonces FOSYGA (hoy ADRES), salvaguardando los recursos públicos y garantizando un flujo financiero eficiente y transparente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Cabe advertir que el éxito del proceso de auditoría integral depende en gran medida de la responsabilidad que recae sobre las entidades recobrantes, quienes deben asegurar la **veracidad, coherencia, claridad y precisión de la información presentada**, igualmente, es indispensable que las solicitudes se radiquen conforme a los términos y condiciones fijados en la normativa expedida por el Ministerio de Salud, para viabilizar de manera efectiva el reconocimiento y pago de las tecnologías en salud NO POS.

Las etapas de radicación conforme al artículo 17 de la Resolución N.º 5395 de 2013 son las siguientes:

Imagen 1. Etapa de la Auditoria Integral



Fuente: Elaborado con IA a partir de lo establecido en el artículo 17 de la Resolución N.º 5395 de 2013

PRE-RADICACIÓN: Esta etapa tiene como finalidad validar la información registrada por la entidad recobrante frente a diversas bases de datos, a efectos de verificar la existencia del usuario, la consistencia de los códigos reportados, la procedencia del recobro y la existencia de investigaciones administrativas o judiciales relacionadas.

El proceso inicia con el cargue de la información correspondiente a cada solicitud de recobro por parte de la entidad recobrante, a través del sistema dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad designada, conforme a las directrices de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social. La validación se realiza frente a las bases de datos señaladas en el artículo 20 de la Resolución 1885 de 2018, entre ellas: BDUA, RNEC, CUM y SISMED. El resultado de esta verificación determinará el ingreso o no del recobro a la etapa de radicación, asignándole en caso afirmativo un número y formato correspondiente.

RADICACIÓN: El objeto de esta etapa es presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, los formatos MYT y MYT -R, junto con los soportes en medio impreso o magnético, que se indicaron en el Título III de la presente resolución, según corresponda. Los formatos se presentarán conforme a las especificaciones técnicas e instructivos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

PRE-AUDITORÍA: El objeto de esta etapa es verificar que el recobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago y el cotejo de información y resultado respecto estos soportes, ejemplo: la ausencia de factura de venta.

AUDITORÍA: El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros, esta auditoría se efectuará conforme al Manual adoptado para tal efecto y como resultado

de esta tenemos los recobros aprobados y no aprobados.

El resultado de la auditoría integral de los recobros se comunica al representante legal de la entidad recobrante, al domicilio y a la dirección electrónica informados, con el detalle del estado de cada solicitud de recobro y las causales de glosa que se hayan aplicado en medio magnético con la misma estructura presentada para la radicación, dentro de los tres (3) días siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación.

La comunicación contendrá la siguiente información: Fecha de expedición de la comunicación, Número de radicación de cada recobro Resultado de la auditoría integral por recobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.

Una vez recibida la comunicación de los resultados de la auditoría integral, la entidad recobrante tiene las siguientes opciones:

- Si la entidad recobrante está de acuerdo con el resultado de la auditoría: Cuando el estado del ítem del recobro sea no aprobado y no presente objeción al resultado, se entenderán aceptadas las glosas y concluido el procedimiento de recobro
- Si la entidad recobrante no está de acuerdo con el resultado de la auditoría: Cuando la entidad recobrante no esté de acuerdo con el resultado, puede realizar dentro de los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de “Objeción al resultado de auditoría”.

Cabe resaltar que de cualquier modo esta objeción o subsanación a la glosa no revive términos, es decir, después de conocer el resultado de la auditoría, la EPS está facultada para acceder a la vía judicial en caso de que así lo considere, sin que sea necesario agotar esta etapa facultativa.

4.1.1. Mecanismos de radicación

En consideración a la radicación de solicitudes de recobros, es necesario tener en cuenta que existen dos tipos de formatos, los cuales se clasifican conforme a los soportes allegados:

– **Mecanismos ordinarios de radicación:** La radicación ordinaria de solicitudes de recobros presentadas por las Entidades se ajusta a lo estipulado por las distintas resoluciones que regulan la materia, esto es, de conformidad a los formatos de solicitud MYT 01: Cuando el soporte corresponda a ACTA DE CTC y MYT02: Cuando el soporte corresponda a Fallo de Tutela.

– **Mecanismos extraordinarios (Facultativos):**

✓ Del formato MYT04: Este formato fue diseñado por el legislador, con el propósito de que la EPS efectuara de manera voluntaria una subsanación a las inconsistencias encontradas en el recobro, como respuesta a la glosa o su objeción. Sin embargo, pese a estar dentro de los mecanismos ordinarios, no corresponde a un mecanismo de radicación como tal, sino a una herramienta facultativa de respuesta, la cual no revive términos.

✓ Extraordinarios de radicación: El legislador previó de manera excepcional mecanismos adicionales a los ya

conocidos, con el propósito que los recobrantes o reclamantes radicaran nuevamente ante el entonces FOSYGA hoy ADRES, las solicitudes de recobros que no habían superado el procedimiento de auditoría integral; sin embargo, estos mecanismos requerían el cumplimiento de ciertos requisitos.

A continuación, se enlistan:

- ✓ Glosa Trasversal: El literal "c" del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015[3] estableció un mecanismo para la presentación de recobros y reclamaciones que previamente habían sido glosados, siempre y cuando cumplieran con ciertos requisitos, los cuales se transcriben a continuación:

> *"(…) En el caso de los recobros y reclamaciones que hayan sido glosados por el Fosyga y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción legal que corresponda, solo se exigirá para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, los cuales serán determinados por el MSPS. Para tales efectos, las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas. El pago de las solicitudes aprobadas estará sujeto a la disponibilidad presupuestal de recursos para cada vigencia, sin que haya lugar al reconocimiento de intereses moratorios por las solicitudes que se presenten bajo este mecanismo…"*

Como se observa, el mecanismo diseñado por el entonces Plan Nacional de Desarrollo, pretendida evacuar el rezago de recobros que habían sido glosados, pero que, en su esencia, cumplían los requisitos normativos para que procediera su reconocimiento y posterior pago.

- ✓ Glosa Administrativa: En lo que refiere a este mecanismo excepcional que permite la radicación de la glosa de carácter administrativo, es preciso remitirse al Inciso 4° del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013 - Reglamentado por el Decreto 347 de 2013[4].en donde se determina qué debe ser entendido como glosa de carácter administrativo, así:

> *"Para efectos de lo dispuesto en el inciso 4o del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013, entiéndase por*

[3] "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país" - "ARTÍCULO 73. PROCESOS DE RECOBROS, RECLAMACIONES Y RECONOCIMIENTO Y GIRO DE RECURSOS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD. Los procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en Salud que se surten ante el Fosyga o la entidad que asuma sus funciones se regirán por las siguientes reglas:
"(…) c) En el caso de los recobros y reclamaciones que hayan sido glosados por el Fosyga y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción legal que corresponda, solo se exigirá para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, los cuales serán determinados por el MSPS. Para tales efectos, las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas. El pago de las solicitudes aprobadas estará sujeto a la disponibilidad presupuestal de recursos para cada vigencia, sin que haya lugar al reconocimiento de intereses moratorios por las solicitudes que se presenten bajo este mecanismo.
Los procesos de reconocimiento y giro de los recursos del aseguramiento de Seguridad Social en Salud quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización. Cumplido dicho plazo, no procederá reclamación alguna." (Resaltado ajeno al texto)

[4] "En el caso de los recobros y reclamaciones que se realizan al Fosyga cuya glosa de carácter administrativo hubiese sido notificada con anterioridad a la expedición de la presente Ley, y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción contenciosa administrativa correspondiente, solo se exigirán para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación. Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud habilitadas. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá permitir que los documentos de soporte de los cobros o reclamaciones ante el Fosyga sean presentados a través de imágenes digitalizadas o de la tecnología que para tal efecto defina dicha entidad."

glosa de carácter administrativo, la impuesta por la ausencia de requisitos de forma en los soportes y formatos de los recobros presentados ante el Fosyga, esto es, aquellos requisitos que no afectan la certeza de la prestación del servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y su pago al proveedor o prestador del servicio.

Respecto de las reclamaciones formuladas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), se entenderá por glosa de carácter administrativo la impuesta por la ausencia de requisitos de forma en los soportes y formatos de las reclamaciones presentadas ante el Fosyga, esto es, aquellos requisitos que no afectan la certeza sobre la prestación del servicio o el responsable del pago" (Negrilla fuera de texto)

A través de los artículos 3, 4 y 7 del mencionado Decreto se determinaron las condiciones para el trámite de la denominada glosa administrativa, los requisitos necesarios para su reconocimiento y la procedencia de su presentación (artículos 3, 4 y 7). Es preciso indicar que dicho mecanismo fue regulado por las Resoluciones 832 y 5394 de 2013 y por la Resolución 4652 de 2014 en las que se señala las condiciones en las que se debe presentar nuevamente el recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar, en los casos en los que se haya impuesto por razones que obedezcan a falencias formales en las solicitudes del recobro.

- ✓ Proceso de corrección: El **Proceso de Corrección**, regulado en los artículos 42 a 47 de la Resolución 41656 de 2019 constituye un mecanismo formal mediante el cual las entidades recobrantes pueden ajustar y subsanar la información previamente reportada en los recobros de **servicios y tecnologías no financiados con la UPC**, radicados entre abril de 2018 y la entrada en vigencia de la resolución. Según lo previsto en el **artículo 42**, este proceso se enmarca dentro del procedimiento de **verificación, control y pago** descrito en el Capítulo 2 del Título II de la resolución, y permite que la ADRES verifique la corrección de la información a fin de garantizar la legalidad, transparencia y confiabilidad de los pagos.

  El mecanismo de corrección consiste en que las entidades recobrantes ajusten la información reportada en el **Formato MYT01**, tomando como referencia las especificaciones técnicas de la resolución y la información contenida en el **anexo de garantía y suministro del módulo MIPRES** (Art. 42). La **Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES** comunica a las entidades el cronograma para la presentación de la información corregida, conforme a lo señalado en el artículo 5 de la resolución, garantizando así la debida planificación y control del proceso (Art. 42).

  De acuerdo con el **artículo 43**, la información corregida debe cumplir condiciones especiales: i) indicar el número de radicación y el ítem asignado en los procesos de radicación anteriores; ii) presentarse de manera individual, sin agrupamiento; y iii) cumplir con los requisitos y validaciones establecidos en el artículo 8. Además, el representante legal o apoderado debe manifestar bajo juramento, mediante el **Formato MYT-R** (Art. 6), que la información corregida sustituye integralmente la reportada inicialmente.

  El **artículo 44** establece que, una vez se certifiquen los resultados definitivos del proceso de corrección mediante el Sistema de Auditoría por Alertas (SAA), los servicios y tecnologías que superen exitosamente la validación quedarán en estado aprobado; de lo contrario, serán considerados no aprobados, informando la decisión a la entidad recobrante. La ADRES notificará los ítems aprobados y no aprobados, incorporando anotaciones

específicas en la base de recobros para garantizar la trazabilidad de los resultados (Art. 44). Las entidades recobrantes tienen un plazo de cinco días para pronunciarse sobre los ítems no radicados o aquellos que pasarán al segundo segmento, pudiendo realizar ajustes adicionales según corresponda (Parágrafo 1° y 2° del Art. 44).

En relación con el **monto a reconocer y pagar**, el **artículo 45** establece que la ADRES ordenará los valores correspondientes a cada entidad recobrante de acuerdo con los resultados del proceso de corrección. Los valores aprobados se comparan con los giros previos y, según corresponda, se deducen, se constituyen provisiones o cuentas por cobrar, garantizando la adecuada gestión financiera y evitando pagos indebidos.

Posteriormente, la **Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de Salud** efectuará el giro de los recursos a la cuenta bancaria correspondiente, de acuerdo con el Plan Anual Mensualizado de Caja (PAC), garantizando el cumplimiento de los compromisos financieros sin afectar la sostenibilidad del sistema (Art. 46 y parágrafo).

Finalmente, cualquier aspecto no regulado de manera expresa en los artículos 42 a 46 se regirá por las disposiciones generales contenidas en los Capítulos 1 y 2 del Título II de la resolución, asegurando la coherencia, integralidad y observancia del marco normativo aplicable (Art. 47).

- ✓ Sistema de auditoría por alertas: regulado en el **Artículo 10** de la Resolución 41656 de 2019, constituye un mecanismo integral de control, verificación y seguimiento de los **servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC**, en desarrollo del **literal e del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015** y del **artículo 15 del Decreto Ley 1281 de 2002**. Su finalidad es garantizar la transparencia, legalidad y eficiencia en los procesos de prescripción, direccionamiento, prestación, suministro, facturación y pago de dichos servicios y tecnologías, permitiendo identificar, analizar y verificar el comportamiento de los agentes intervinientes.

  En desarrollo del SAA, la ADRES podrá adelantar verificaciones en cualquier etapa del proceso de control y pago, requerir a las entidades recobrantes los soportes de la prestación que considere necesarios, seleccionar conjuntos de servicios y tecnologías para seguimiento y verificación, abstenerse de reconocer y girar recursos sobre los servicios o tecnologías objeto de observación, elaborar análisis y reportes, ajustar validaciones y mecanismos de control, y efectuar los reportes correspondientes a los organismos de inspección, vigilancia, control e investigación.

  Asimismo, los **parágrafos 1° y 2°** facultan a la ADRES para realizar visitas, llamadas, encuestas y demás mecanismos de verificación, así como para solicitar verificaciones y soportes adicionales a los actores intervinientes en los procesos de prescripción, prestación, suministro, facturación y pago, con el fin de constatar la veracidad y consistencia de la información reportada por las entidades recobrantes. El **parágrafo 3°** establece que la ADRES podrá solicitar facturas, documentos equivalentes y demás soportes, aplicando metodologías de muestreo para evaluar la procedencia de la aprobación de los servicios y tecnologías presentados, y en caso de superarse el margen de error establecido, se ordenará la devolución de la totalidad de los servicios y tecnologías del período correspondiente.

  El **parágrafo 4°** dispone que los servicios o tecnologías seleccionados en el SAA cambiarán al estado denominado **"radicado con alerta"** y deberán surtir el proceso descrito en el Capítulo 3 del Título II de la

resolución, garantizando el seguimiento administrativo y financiero de los casos observados. Finalmente, el **parágrafo 5°** establece que, ante la presunta apropiación o reconocimiento indebido de recursos, la ADRES adelantará el procedimiento de reintegro de conformidad con la **Resolución 1716 de 2019** del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la modifique o sustituya, asegurando la restitución de los recursos al sistema y la protección del principio de legalidad en la gestión de los recursos de salud.

En suma, el SAA configura un mecanismo preventivo y correctivo que permite a la ADRES garantizar la correcta administración de los recursos de salud no financiados con la UPC, mediante la identificación temprana de inconsistencias, la aplicación de verificaciones técnicas y la adopción de medidas correctivas frente a irregularidades detectadas, asegurando la legalidad, eficiencia y sostenibilidad financiera del sistema.

4.2. Normatividad, Circulares Y Sentencias Sobre El Tema De Recobros

A continuación, se relacionan algunos de los actos administrativos que en el tiempo se han ocupado de regular el procedimiento de los recobros y en general de las reglas del SGSSS:

4.2.1. Leyes:

- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones,
- Ley 1393 de 2010. Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1450 de 2011. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014.
- Ley 1608 de 2013. Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud
- Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018
- Ley 1955 de 2019. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022

4.2.2. Decretos:

- Decreto 1281 de 2002. Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.
- Decreto 347 de 2013. Por el cual se reglamenta el inciso 4° del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013
- Decreto 3045 de 2013. Por el cual se establecen unas medidas para garantizar la continuidad en el aseguramiento y se dictan otras disposiciones
- Decreto 780 de 2016. Por el cual se establecen unas medidas para garantizar la continuidad en el aseguramiento y se dictan otras disposiciones

4.2.3. Resoluciones:

- Resolución 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.
- Resolución 2851 de 2012. Por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los articulos 1°,2°, 4° y 5° de la Resolución 3754 de 2008, y los artículos 13 y 14 de la Resolución 3099 de 2008.
- Resolución 4480 de 2012. Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 5395 de 2013. 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.
- Resolución 5926 de 2014. Por la cual se ajusta el Anexo número 01 de la Resolución número 5521 de 2013
- Resolución 5161 de 2015. Por la cual se modifican los artículos 8 y 17 de la Resolución 3166 de 2015
- Resolución 3166 de 2015. Por la cual se define y se implementa el estándar de datos para medicamentos de uso humano en Colombia.
- Resolución 5592 de 2015. Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 3951 de 2016. Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 6408 de 2016. Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
- Resolución 5269 de 2017. Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
- Resolución 5269 de 2017. Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
- Resolución 5857 de 2018. Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
- Resolución 1885 de 2018. Por la cual se establece el procedimiento de acceso. reporte de prescripción. suministro. verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios cornplementarios y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 3512 de 2019. Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
- Resolución 41656 de 2019. Por la cual se establecen alternativas técnicas para adelantar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

4.2.4. Sentencias

- Sentencia C-463 de 2008
- Sentencia T-760 de 2008

4.3. Del reconocimiento y pago de los recobros en salud

De conformidad con el esquema de aseguramiento en salud, establecido en la Ley 100 de 1993, se establece 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 .

El Plan de Beneficios en Salud, definido por la Dirección de Regulación, Costos y Tarifas del Ministerio de Salud y Protección Social, está compuesto por un conjunto de servicios a los que tienen derecho los usuarios afiliados al sistema general de seguridad social en salud ya sea en el régimen contributivo o subsidiado, encaminados a la atención de la enfermedad, cuidados paliativos, prevención y promoción de la salud, el cual opera a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que se obtiene del proceso de liquidación mensual de los afiliados a una EPS y que posteriormente se gira a los Municipios, EPS e IPS para financiar las demandas en salud de la población.

De otra parte, el acceso a los servicios de salud se encuentra cubierto en todas las especialidades médico- quirúrgicas, para la población afiliada al SGSSS, por lo que el paciente tiene derecho al tratamiento de su enfermedad a partir del diagnóstico que efectúe el médico tratante para determinar la prescripción del tratamiento, que se deriva en la prestación de un servicio de salud que puede estar incluido, no incluido o expresamente excluido del Plan de Beneficios en Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, en el evento en que el médico general o el especialista determinen la necesidad de prescribirle al paciente un procedimiento o servicio en salud no incluido en el Plan de Beneficios en Salud, los costos de los honorarios y gastos para atender y cumplir esas prestaciones son reconocidos a través del proceso de compensación y se entienden inmersos en el 10% de que trata el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011; no obstante, ello no sucede con el costo del medicamento o tecnología, cuyo pago se reconoce a través de la ADRES.

4.3.1. Servicios en Salud Expresamente Excluidos del PBS

Los servicios médicos que se encuentran expresamente excluidos, la Resolución 3951 de 2016 establece que servicios no se financiaran con los recursos del Sistema de Salud, a saber: i) cuya finalidad sea cosmética o suntuaria y que no esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad vital o funcional de las personas; ii) que no exista evidencia científica disponible sobre su seguridad y eficacia; iii) que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; iv) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente, v) que se encuentren en fase de experimentación y finalmente vi) que tengan que ser prestados en el exterior.

4.4. Del procedimiento de auditoría, reconocimiento y pago de recobros en salud

El reconocimiento y pago de los servicios que no se encuentran incluidos en el PBS se efectúa mediante el proceso de auditoría integral realizado a los recobros que presentan las EPS ante el ente auditor encargado. Para efectos de adelantar dicha auditoría, las entidades recobrantes deben garantizar que la información de los soportes documentales, así como la registrada en los medios magnéticos sea: i) completa, ii) clara, iii) cierta, iv) oportuna, v) verificable, vi) comprensible, vii) precisa, viii) útil, ix) actualizada y x) consistente; cuyo incumplimiento se deriva en la imposición de una causal de glosa a los recobros, de conformidad con lo estipulado en la Resolución 5395 de 2013 y las demás que la modificaron y complementaron. Asimismo, la Resolución 1885 de 2018, hizo referencia no solo a requisitos de carácter general y particular que deben ser cumplidos para el reconocimiento y pago del recobro si no que hizo alusión a requisitos esenciales que debían ser tenidos en cuenta para el proceso de auditoría integral; en este sentido, se expidió el Manual de Auditoria Integral de Recobros por Tecnologías en Salud No incluidas en el Plan de Beneficios, el cual recoge la noción de requisitos esenciales que indica la norma y se encarga de encuadrar en ellos todas las exigencias que se ha determinado para la aprobación del recobro, esto con el fin de facilitar la tarea del auditor y de esclarecer a las entidades recobrantes la causa del resultado de la auditoría.

5. DE LOS ARGUMENTOS DE DEFENSA

5.1. Legalidad del procedimiento administrativo

Desde este momento debe dejarse claramente establecido que la solicitud de nulidad parcial del acto administrativo 20221600083361 de fecha 17 de febrero de 2022 proferido por la ADRES carece de fundamento jurídico, en tanto que las decisiones adoptadas se emitieron en desarrollo del procedimiento de auditoría integral de recobros, se encuentran debidamente motivadas, ajustadas al ordenamiento jurídico vigente y responden a la estricta aplicación de los principios que rigen la gestión de los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El recobro constituye un procedimiento administrativo mediante el cual la EPS, en calidad de titular del derecho, presenta ante la ADRES o quien haga sus veces una cuenta médica acompañada de los respectivos soportes, conforme a los requisitos y etapas previamente definidos en la normativa aplicable, al finalizar dicho trámite, se emite una decisión de fondo que puede ser favorable o desfavorable para la EPS, frente a la cual puede ejercer su derecho de contradicción y defensa mediante los mecanismos de objeción o subsanación de glosa, cuya interposición es facultativa.

Para emitir una decisión de fondo, se lleva a cabo una auditoría integral en la que se validan los siguientes requisitos esenciales:

> *"**1. Que el usuario exista y le asista derecho.***
> *2. Que el servicio o tecnología en salud no se encuentre cubierta con la UPC.*
> *3. Que el servicio o tecnología en salud haya sido prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela.*
> *4. Que el servicio o la tecnología en salud haya sido efectivamente suministrada al usuario.*
> ***5. Que el reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud corresponda a la ADRES y se presente por una única vez.***

6. Que la solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud se realice ante la ADRES en el término establecido.
7. Que los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos.
8. Que el valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente."

En el presente caso, no resulta jurídicamente viable acceder a las pretensiones de la parte demandante orientadas al reconocimiento y pago de los recobros, en la medida en que el procedimiento presenta irregularidades sustanciales debidamente identificadas y documentadas durante la auditoría, las cuales fueron consignadas en el soporte técnico que forma parte integral de los actos administrativos complejos.

En el presente caso, no resulta jurídicamente viable acceder a las pretensiones de la parte demandante encaminadas al reconocimiento y pago de los recobros, toda vez que el procedimiento presenta irregularidades sustanciales debidamente identificadas y documentadas durante la auditoría, y que fueron consignadas en el soporte técnico que integra los actos administrativos complejos. En particular, en la pestaña "Tipología de las glosas", se describen con precisión las causales de glosa, que no se limitan, como erradamente lo sostiene la parte actora, a la condición POS o No POS de la tecnología, sino que evidencian el incumplimiento de los requisitos exigidos para la procedencia del recobro.

De conformidad con el apoyo técnico, en el presente caso fueron impuestas las glosas que a continuación se relacionan:

Tabla 3. Estado de los recobros

ID GLOSAS	DESCRIPCION GLOSA	NUMERO_ GLOSAS
AUD50006	La entidad recobrante no registró al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.	724
AUD50008	La entidad recobrante no aportó el Formato 7 y este se encuentra debidamente diligenciado y suscrito por parte de la entidad recobrante	549
AUD71005	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes	486
ANULACION	CANCELACION de la presentación de un recobro durante la AUDITORIA INTEGRAL	96
AUD30001	El medicamento objeto de recobro se encuentra financiado para la fecha de prestación del servicio con la UPC.	46
AUD70004	El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del medicamento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.	41
AUD50007	La entidad recobrante no aportó pruebas diagnósticas o el concepto que contiene el criterio clínico, según aplique, con las cuales fue confirmada la enfermedad huérfana.	39
AUD50012	La prueba diagnóstica confirmatoria registrada en el Formato 7 o allegada en los soportes para la enfermedad huérfana reportada no corresponde con lo definido en el protocolo del INS	32
AUD50001	La entidad recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología en salud.	25

AUD70006	El valor recobrado es mayor al valor liquidado una vez descontados los copagos y cuotas moderadoras, por lo tanto, se re-liquida y se glosa la diferencia.	24
AUD10003	El servicio o tecnología en salud registrada en el Anexo 1 no corresponde con los soportes allegados por la entidad recobrante	18
AUD60001	La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud recobrada	16
AUD10008	Los datos registrados en el Anexo 1 no son consistentes con los registrados en la factura o documento equivalente aportada	11
AUD70010	El valor objeto de recobro fue pagado con anterioridad por el Fosyga o la ADRES.	9
AUD60005	La factura o documento equivalente no describe el servicio o tecnología en salud de acuerdo con las especificaciones o en su defecto no existe correlación entre los soportes de la prescripción, suministro, facturación y recobro.	7
AUD71004	El recobro/cobro fue presentado con posterioridad a los tres años siguientes a fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente.	6
AUD71008	El usuario no se encuentra en estado activo o en periodo de protección laboral en la entidad recobrante para la fecha de prestación del servicio	6
AUD50015	No se aportó historia clínica, o resumen de la atención médica, o epicrisis o formato 7 donde se evidencien algunas de las especialidades previstas en el protocolo del INS,	4
AUD10001	El servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud, por la entidad recobrante, u ordenada por fallo de tutela no corresponde con la facturada.	3
AUD301001	El servicio o tecnología objeto de recobro es una exclusión del SGSSS	3
AUD70009	Los valores recobrados son menores o iguales al costo por evento o per cápita de lo financiado con la UPC y por lo tanto están a cargo de dicha Unidad.	3
APF40021	No se aportó acta de CTC o la misma se encuentra ilegible	2
AUD40001	La prescripción en MIPRES, resumen de atención, o, epicrisis, o, historia clínica no describe la tecnología en salud recobrada	2
AUD70003	El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado es superior al valor establecido en la Circular No. ( ) o por el VMR, por lo tanto, se glosa la diferencia	2
AUD10002	El servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud, por la entidad recobrante u ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la suministrada.	1
AUD30002	El procedimiento objeto de recobro se encuentra financiado con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio	1
AUD40004	La información del acta de junta de profesionales de la salud y/o concepto aprobado no se encuentran registrados en MIPRES	1
AUD71006	El usuario se encontraba en estado fallecido o en estado cancelado, hasta veinticuatro (24) horas después de la fecha de prestación del servicio	1

Fuente: Elaboración a partir del apoyo técnico – Hoja de cálculo "Glosas"

Entre las causales específicas de glosa identificadas se destacan las siguientes:

- La entidad recobrante no registró al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

- La entidad recobrante no aportó el Formato 7 y este se encuentra debidamente diligenciado y suscrito por parte de la entidad recobrante

- El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes

Estas glosas evidencian un incumplimiento de los requisitos sustanciales exigidos para la procedencia del recobro, en especial los previstos en los numerales 1º, 5° y 7º de los criterios anteriormente enunciados.

Adicionalmente, debe recordarse que la comunicación expedida por la ADRES, goza de presunción de legalidad, al haber sido proferidas en el marco del procedimiento administrativo previsto en la normativa vigente, particularmente bajo el amparo de las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018 y manual de auditoria vigente para la fecha de los hechos.

En este contexto, se garantizó plenamente el derecho de contradicción, a través de una etapa de aclaraciones durante la cual la EPS tuvo la oportunidad de aportar argumentos y pruebas para sustentar los recobros negados, recordemos que tal como se indicó en los acápites de pronunciamiento sobre las pretensiones y los hechos aducidos por la demandante, de conformidad con el apoyo técnico se presentaron los recobros objeto de litigio hasta en 16 oportunidades a surtir el trámite de auditoría integral.

Por lo tanto, no resulta admisible alegar una vulneración del derecho a la prueba, toda vez que existieron mecanismos claros, formales y suficientes para controvertir los hallazgos técnicos y jurídicos de la auditoría.

Aunado a ello, se reitera que los actos administrativos expedidos con ocasión del procedimiento auditor gozan de presunción constitucional de legalidad, lo cual implica que, salvo decisión judicial en contrario, deben entenderse conformes con el ordenamiento jurídico y dictados en concordancia con los principios que rigen la función administrativa, generando efectos jurídicos inmediatos como su ejecutoriedad.

Dicha presunción, aunque no es absoluta, solo puede ser desvirtuada mediante los mecanismos de impugnación establecidos legalmente. Si el administrado no interpone los recursos dentro de los términos legales, se entiende agotada la vía gubernativa, lo que confiere al acto el carácter de definitivo, ejecutivo y ejecutorio, y constituye un obstáculo para acudir a la jurisdicción contencioso administrativa, conforme al artículo 161 del CPACA, en consecuencia, si el interesado omite el uso de los recursos en sede administrativa, incurre en una inobservancia del requisito de procedibilidad, consolidando la firmeza del acto en el marco del principio de seguridad jurídica.

5.2. Legalidad de las Glosas y la Improcedencia de Reconocimiento de Recobros Pagados o Improcedentes

Es pertinente invocar el principio jurídico *nemo auditur propriam turpitudinem allegans*, según el cual nadie puede alegar su propia culpa para obtener un beneficio, en consecuencia, la EPS no puede pretender el reconocimiento de pagos con cargo a recursos públicos con fundamento en el incumplimiento de sus propios deberes legales.

Debe reiterarse que los recursos involucrados en este trámite son de naturaleza parafiscal y destinación específica, lo que implica que su administración debe realizarse conforme a los principios de legalidad, eficiencia, sostenibilidad y transparencia, tal como lo ha sostenido de forma reiterada la jurisprudencia constitucional.

En este contexto, se reitera que las glosas impuestas en el presente caso fueron el resultado de una auditoría integral adelantada por la ADRES en estricto cumplimiento del marco normativo vigente para la época de los hechos, particularmente en aplicación de las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No. 5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018, así como del Manual de Auditoría aplicable.

Durante dicho proceso auditor se verificó el incumplimiento de requisitos normativos sustanciales, lo cual constituyó causales legales suficientes para negar el reconocimiento de los valores reclamados, de manera que la glosa se fundamentó en criterios técnicos y jurídicos objetivos, sin que se evidencie vulneración del debido proceso ni desconocimiento del ordenamiento jurídico vigente.

Ahora bien, dentro del conjunto de recobros analizados en el presente proceso, se identificaron 126 recobros que ya fueron aprobados parcialmente, según consta en el Apoyo Técnico, la hoja denominada **"Consolidado RadAnt"**, filtrando la columna "Q" por el valor **"Aprobado"**, y en la pestaña **"Consolidado"**, columna "M". por un valor total de **$ 104.652.306.**

En relación con los recobros aprobados, el Despacho puede verificar De esta forma, resulta evidente que, de accederse a las pretensiones de la demanda, se ordenaría un **doble pago por el mismo concepto** con cargo a los recursos del **Sistema General de Seguridad Social en Salud**, lo cual contraviene los principios de legalidad, eficiencia y sostenibilidad financiera que rigen dicho sistema.

Por lo anterior, resulta necesario reiterar que los recursos comprometidos son de naturaleza parafiscal y tienen una destinación específica, por lo que su administración debe ceñirse a los principios constitucionales de legalidad, eficiencia, sostenibilidad fiscal y transparencia, tal como lo ha sostenido reiteradamente la Honorable Corte Constitucional.

En tal sentido, debe tenerse presente que el reconocimiento y pago de recobros presentados por las EPS está sujeto a un procedimiento reglado, que garantiza en cada etapa oportunidades procesales, términos y plazos para que las entidades promotoras de salud aporten los soportes documentales que sustenten sus solicitudes, de conformidad con la normatividad vigente aplicable.

5.3. Debida y suficiente motivación en la expedición de los actos administrativos

La parte demandante sostiene que el acto administrativo adolece de falsa motivación y de la omisión en la aplicación de las normas que debían sustentar su expedición. No obstante, las pruebas obrantes en el expediente, así como los argumentos que se expondrán en el presente escrito, permiten desvirtuar dichas afirmaciones y evidencian que tales señalamientos carecen de fundamento fáctico y jurídico:

5.3.1. Glosas justificadas conforme a la normativa aplicable

De conformidad con lo establecido en el Manual de Auditoría Integral[5] entiéndase por glosa como "*no conformidad que afecta en forma parcial o total el reconocimiento y pago de un recobro/cobro, por la existencia de un error, una inconsistencia o la ausencia de algunos de los documentos, requisitos o datos previstos en la normativa vigente.*"

En el presente caso, dicha situación se encuentra debidamente evidenciada en el archivo Excel denominado "Apoyo técnico" que obra en el expediente, específicamente en la pestaña "Tipología de Glosas", columnas B a D. En estas columnas se detallan el número de recobro, el ID asignado a la glosa y su correspondiente descripción, lo que permite identificar de manera objetiva las razones por las cuales se formularon observaciones dentro del trámite de auditoría.

A manera ilustrativa, se procederá a analizar las principales glosas detectadas, a fin de sustentar con claridad técnica y jurídica la improcedencia de los recobros objetados:

Tabla 4. Estado de los recobros

ID GLOSAS	DESCRIPCION GLOSA	NUMERO_GLOSAS
AUD50006	La entidad recobrante no registró al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.	724
AUD50008	La entidad recobrante no aportó el Formato 7 y este se encuentra debidamente diligenciado y suscrito por parte de la entidad recobrante	549
AUD71005	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes	486
ANULACION	CANCELACION de la presentación de un recobro durante la AUDITORIA INTEGRAL	96

Fuente: Elaboración a partir del apoyo técnico – Hoja de cálculo "Glosas"

Estas causales serán desarrolladas a continuación con fundamento en la normativa vigente y en los elementos probatorios que obran en el expediente, con el fin de demostrar que las glosas impuestas se encuentran debidamente sustentadas, razón por la cual los actos administrativos demandados no adolecen de falsa motivación ni vulneran las disposiciones legales que los rigen. Por el contrario, su expedición obedeció al estricto cumplimiento del procedimiento administrativo previsto para el trámite de recobros en salud, circunstancia que la parte demandante pretende desvirtuar.

5.3.1.1. La entidad recobrante no registró al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

Respecto a esta glosa es importante indicar que la entidad recobrante **incumplió el deber de registrar al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información dispuesto en el Título 4, Parte 8, Libro 2 del Decreto 780 de 2016**, o en la norma que lo modifique o sustituya. Este incumplimiento constituye una vulneración directa de la normativa que regula el **Sistema Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas**, cuyos datos resultan indispensables para la verificación y reconocimiento de los servicios objeto de recobro ante la ADRES.

[5] Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Manual operativo y de auditoría integral a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con los presupuestos máximos que trata el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 (Versión 2), pág. 10.

De acuerdo con el **Artículo 2.8.4.3 del Decreto 780 de 2016**, son las **Entidades Promotoras de Salud** las responsables de recopilar, consolidar y reportar al Ministerio de Salud y Protección Social la información relativa a los pacientes diagnosticados con enfermedades huérfanas, cumpliendo con los instrumentos, procedimientos, contenidos, fechas de corte y periodicidad definidos para tal fin. Las **IPS públicas y privadas**, según el parágrafo 1° del mismo artículo, deben suministrar oportunamente a las EPS la información necesaria para garantizar el adecuado reporte al sistema, lo que demuestra que las entidades cuentan con todos los insumos para cumplir esta obligación.

A su vez, el **Artículo 2.8.4.5** señala que el registro nacional de pacientes con enfermedades huérfanas se integra al **SISPRO**, y debe contener, como mínimo, la identificación del paciente, su condición de afiliado, la patología confirmada, los servicios y tecnologías recibidos, los costos asociados y el médico tratante.

Esta información es esencial no solo para la vigilancia epidemiológica, sino también para la validación y reconocimiento de los servicios suministrados, tal como lo precisa el parágrafo 1° del mismo artículo, al establecer que los servicios prestados a pacientes con diagnóstico confirmado serán reconocidos por la ADRES únicamente cuando **cumplan los requisitos establecidos**, dentro de los cuales se encuentra el adecuado registro y reporte en los sistemas oficiales de información.

En este sentido, la omisión del registro del usuario diagnosticado con enfermedad huérfana configura un **incumplimiento sustancial** que impide verificar la información mínima requerida para evaluar la procedencia del recobro, compromete la trazabilidad del caso y desconoce los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. Por lo tanto, se concluye que la EPS **no cumplió con los requisitos esenciales y obligatorios** para el reconocimiento del recobro, razón por la cual la presente glosa se encuentra plenamente justificada.

Adicionalmente a lo expuesto, el Manual de Auditoría Vigente para la fecha de prestación del servicio, en lo que respecta al tema estableció:

Imagen 02. Glosa AUD50008

6.4.2.4 REQUISITO ESENCIAL 4: El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue efectivamente suministrada al usuario

REQUISITO ESENCIAL 4 (Condición 1): El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue efectivamente suministrada al usuario
El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (36)** y **DESCRIPCIÓN** *"No se evidencia la entrega del servicio o la tecnología no financiada con recursos de la UPC al usuario, objeto de recobro/cobro"* cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO.**

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	*SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN*	*DETALLE DE LA GLOSA*
¿Existe evidencia de entrega al usuario del servicio o la tecnología en salud no	• Factura de venta o documento equivalente o,	3601 La entidad recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología
Si el usuario a quien se le prestó o suministró el servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, ha sido diagnosticado con enfermedad huérfana: ¿La entidad recobrante registro al usuario en el sistema de información establecido por el Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya?	• Sistema de información establecido por el decreto 1954 de 2012 o la norma que modifique, adicione o sustituya	3606 La entidad recobrante no registró al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

Fuente: Manual de auditoría integral de recobros

Explicado lo anterior, es oportuno mencionar que el Decreto 1954 de 2012 implementó el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas definidas en el artículo 2 de la Ley 1392 de 2010, modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 de 2011, así entonces en cumplimiento a la normatividad vigente en el trámite de auditoria integral se realizó el proceso de verificación control a las cuentas de cobro que en todo caso debe cumplir con los requisitos mínimos de prestación o de suministro de la tecnología en salud conforme a las condiciones establecidas por la ADRES.

Para el caso sub examine, la mayoría de los recobros fueron glosados por esta causa y, dada la carga que tienen las entidades recobrantes en remitir la información consistente con los soportes documentales, así como la registrada en los medios magnéticos, de manera completa, clara, oportuna y verificable. Maxime cuando este tipo de enfermedades han sido categorizadas como graves, poco comunes con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas.

Esta situación se predica respecto de 647 recobros, situación que puede ser corroborada por el Despacho en el apoyo técnico, hoja de cálculo denominada “Detalle de Glosas por Ítem”, a modo de ejemplo respecto de los recobros No. 138601748, No. 138580394, No. 138525437, No. 138625650, No. 138611033.

De esta manera, no es jurídicamente viable ordenar el pago del recobro, pues se incumplieron los requisitos legales y técnicos exigidos para su procedencia, lo que justifica plenamente la glosa aplicada.

5.3.1.2. La entidad recobrante no aportó el Formato 7 y este se encuentra debidamente diligenciado y suscrito por parte de la entidad recobrante

La presente glosa fue impuesta a la luz de la Resolución 3951 de 2016 proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se estableció el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones.

En razón a lo anterior, desde el momento mismo en que se estableció el objeto del acto administrativo, el Ministerio estableció como objeto

> *establecer el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información* ***de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación*** *— UPC; fijar los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros/cobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA o quien haga sus veces y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro, cuando a ello hubiere lugar y dictar disposiciones relacionadas con las correspondientes acciones de control y seguimiento.*

En dicho orden de ideas, las EPS que pretendieran solicitar el reconocimiento y pago de servicios prestados, debían hacerlo en observancia no solo a dicha Resolución, sino también al Manual de Auditoría vigente, que frente al caso concreto de la glosa mayoritaria expone que

Imagen 3. Glosa AUD50008

Si el usuario a quien se le prestó o suministró el servicio o la tecnología en salud, ha sido diagnosticado con enfermedad huérfana: ¿La entidad recobrante aportó el **Formato 7** y este se encuentra debidamente diligenciado y suscrito por parte de del representante legal y el médico de la entidad?	• **Formato 7**	AUD50008	La entidad recobrante no aportó el **Formato 7** y este no se encuentra debidamente diligenciado y suscrito por parte de del representante legal y el médico de la entidad

Fuente. Manual operativo y de auditoría a los servicios y tecnologías no financiadas con recursos de la UPC

En razón a lo anterior, y en vista de que se hace alusión a los servicios que prestados por las EPS a los pacientes diagnosticados con enfermedades huérfanas, resulta indispensable tener en cuenta lo consignado en el artículo 2 de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, *"[l]as enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas."*

Ahora bien, el Protocolo de Vigilancia de Enfermedades huérfanas – Raras del Instituto Nacional de Salud (versión 05 del 11 de marzo de 2022), tiene como anexo el listado de pruebas diagnósticas confirmatorias de enfermedades huérfanas – raras, en donde se encuentran clasificados los procedimientos en salud aplicable según la enfermedad.

Por su parte, el Manual operativo y de auditoría a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC (versión 5), dispone que, *"[c]uando el servicio o tecnología en salud a recobrar corresponda a un paciente diagnosticado con enfermedad huérfana, la entidad recobrante deberá aportar adicional a los soportes del recobro el Formato 7 debidamente suscrito, (…)".*

En el "Formato 7" antes señalado, la entidad recobrante debe diligenciar la información relacionada con la enfermedad huérfana, en particular lo relacionado con el nombre, número de la enfermedad conforme a la Resolución 5265 de 2018, código CIE-10, tipo y nombre de prueba diagnóstica confirmatoria de acuerdo con el Protocolo de Vigilancia de Enfermedades huérfanas – Raras del Instituto Nacional de Salud.

Imagen 4. Formato 7.

II. INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD HUÉRFANA-RARA 1

Nombre de la enfermedad huérfana - rara[68] Ingrese el nombre de la enfermedad huérfana - rara	**No. de la enfermedad huérfana – rara[69]** Ingrese el No. de la enfermedad	**Código CIE-10 de la enfermedad huérfana - rara [70]** Ingrese el CIE10, si aplica
Enfermedades Asociadas		
Código CIE-10 de enfermedad asociadas	**Nombre de la enfermedad asociada**	
Ingrese el código CIE-10 si aplica	Ingrese el nombre de la enfermedad, si aplica	
Ingrese el código CIE-10 si aplica	Ingrese el nombre de la enfermedad, si aplica	
Ingrese el código CIE-10 si aplica	Ingrese el nombre de la enfermedad, si aplica	
Ingrese el código CIE-10 si aplica	Ingrese el nombre de la enfermedad, si aplica	
Tipo(s) de prueba(s) diagnóstica(s)[71]: marque la (s) casilla (s)de acuerdo con la(s) prueba(s) realizada(s) de conformidad con el Protocolo de vigilancia en salud pública de enfermedades huérfanas-raras del INS y sus anexos. **LC ☐ IM ☐ EH ☐ EF ☐ EM ☐ CC ☐ JP ☐** LC: Laboratorio Clínico | IM: Imagenológicos | EH: Estudios histológicos | EF: Estudios fisiológicos | EM: Análisis moleculares | CC: Criterio Clínico | JP: Concepto Junta de Profesionales		

Fuente: Manual operativo y de auditoría a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, Formato 7 - Pág. 283

Imagen 5. Formato 7.

Nombre de la(s) prueba(s) diagnóstica(s) confirmatoria(s)[72]	
1. Ingrese el nombre de la prueba diagnóstica	Ingrese el código CUPS, si aplica
2. Ingrese el nombre de la prueba diagnóstica	Ingrese el código CUPS, si aplica
3. Ingrese el nombre de la prueba diagnóstica	Ingrese el código CUPS, si aplica
4. Ingrese el nombre de la prueba diagnóstica	Ingrese el código CUPS, si aplica
5. Ingrese el nombre de la prueba diagnóstica	Ingrese el código CUPS, si aplica
Código de habilitación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud que realizó la prueba diagnóstica confirmatoria (Replique esta casilla de acuerdo con la cantidad de pruebas que aplique o corresponda) Ingrese código de habilitación de REPS	

Fuente: Manual operativo y de auditoría a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, Formato 7 - Pág. 284.

Así las cosas, en el evento en que la entidad recobrante no aporte el formato antes referenciado o no lo diligencie conforme a los parámetros exigidos por las normas de carácter reglamentario, no es posible para la entidad aprobar el recobro de servicio o tecnología en salud para enfermedad huérfana. En el presente asunto, se tiene que la demandante incumplió con dicho deber legal respecto de **550 recobros objeto de litis**, tal como puede ser corroborado por el despacho en el apoyo técnico, hoja de cálculo **"Detalle de glosas por ítem"**.

5.3.1.3. El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes

La presente glosa se fundamenta en que el servicio o tecnología en salud objeto de recobro **ya había sido radicado previamente en el mismo paquete o en otros paquetes**, situación que configura una **radicación duplicada**, prohibida en los términos establecidos por la normativa aplicable al proceso de revisión, verificación y reconocimiento de recobros ante la ADRES.

Conforme a los lineamientos vigentes, **no se permiten radicados duplicados dentro de un mismo paquete**, entendiéndose como duplicado aquel caso en el cual **dos o más ítems se presentan más de una vez en un mismo período de radicación**, coincidiendo totalmente en las siguientes variables:

- Usuario (nombre y documento de identidad),
- Fecha de prestación del servicio,
- Código o nombre de la tecnología en salud recobrada,
- NIT del prestador,
- Número de factura,
- Cantidades recobradas, y
- Valores recobrados.

La coincidencia total de estas variables demuestra que no se trata de una presentación fraccionada por parte de la entidad recobrante, sino de una duplicidad real, lo cual contraviene los principios de consistencia, unicidad e integridad de la información requerida para la procedencia del recobro.

De acuerdo con los criterios de auditoría, ante la verificación de un duplicado, solo el primer ítem radicado puede continuar con el trámite, mientras que el segundo o los adicionales deben ser anulados, aplicándose esta regla tanto para ítems únicos como para aquellos incluidos en paquetes de múltiples servicios o tecnologías.

Adicionalmente, es importante señalar que, dentro de las funciones asignadas a la ADRES, y conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente —incluyendo las resoluciones que regulan el proceso de reconocimiento y pago—, se encuentra la responsabilidad de prevenir el pago doble de servicios o tecnologías, en aras de proteger y salvaguardar los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que son de naturaleza pública y deben administrarse bajo principios de eficiencia, transparencia y uso adecuado.

En consecuencia, la radicación duplicada constituye un incumplimiento sustancial de los requisitos exigidos para la procedencia del recobro y afecta directamente la adecuada administración de los recursos públicos. Por lo tanto, la imposición de la presente glosa se encuentra plenamente justificada, en la medida en que la EPS incurrió en la presentación duplicada del servicio o tecnología en salud, vulnerando las normas aplicables y comprometiendo los principios que rigen el sistema.

En el presente asunto se advierte que **272 recobros** se encuentran afectados por esta tipología de glosa, toda vez que la EPS demandante radicó sus solicitudes de cobro/recobro **en más de una oportunidad**, sin informar que dichas peticiones ya se encontraban en trámite de auditoría integral bajo **otro número de radicado**. Esta circunstancia puede ser verificada por el Despacho en el apoyo técnico aportado, específicamente en la hoja de cálculo **"Detalle de Glosas por ítem"**, donde en la columna **"J"** se registra la **"observación"** efectuada por el ente auditor, indicando el número de recobro con el cual ya se encontraba asociado el radicado presentado nuevamente por la demandante.

A modo ilustrativo, se traen a colación los siguientes casos:

Tabla 5. Ejemplos de recobros con radicación doble

RADICA-CION_FS	OBSERVACION
138611033	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 153993889).
138638199	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 165391318).
138535342	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 174111168).
138677229	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 164879734).
138690532	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 153391961).
138658372	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 159833827).
139046304	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 174337437).

138989120	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 171326953).
139086472	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 174336277).
139622504	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 153846314).
139726793	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 165361715).
139669870	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 174337423).
139770003	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 171269216).
139773184	El servicio o tecnología en salud objeto de recobro ya había sido radicada en el mismo paquete o en otros paquetes(el ítem del recobro se encuentra presentado en el proceso de corrección con número (s) de radicación 171570271).

Fuente. Elaboración a partir del apoyo técnico rendido por la Dirección de Otras Prestaciones

En consecuencia, el acto administrativo demandado no adolece de falsa motivación ni vulneran las disposiciones legales que los rigen; por el contrario, su expedición respondió al estricto cumplimiento del procedimiento administrativo aplicable al trámite de recobros en salud, circunstancia que la parte demandante pretende desvirtuar sin que logre desvirtuar la legalidad de las decisiones adoptadas.

6. INEXISTENCIA DE LOS CARGOS DE VIOLACIÓN

6.1. Correcta aplicación de las normas en que se fundó los actos administrativos

La parte demandante afirma que los actos administrativos proferidos por la ADRES incurren en infracción de las normas que debían sustentar su expedición. No obstante, tal apreciación carece de respaldo jurídico y fáctico, toda vez que las decisiones cuestionadas fueron adoptadas dentro del marco de competencias legales y reglamentarias asignadas a la entidad, y en estricto cumplimiento del procedimiento aplicable al reconocimiento de recobros.

En primer lugar, es preciso reiterar que la ADRES actuó en cumplimiento del principio de legalidad, aplicando de manera rigurosa el ordenamiento que regula la verificación, auditoría y reconocimiento de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC. Las funciones asignadas por el legislador, entre ellas las contenidas en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 y las normas reglamentarias correspondientes, le imponen a la entidad la obligación de constatar que las solicitudes de recobro cumplan estrictamente con todos los requisitos y soportes exigidos, así como de evitar pagos dobles o indebidos, salvaguardando de esta manera los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En ese contexto, tampoco es de recibo la afirmación de la demandante, según la cual la ADRES habría aplicado la normativa vigente en materia de recobros “estableciendo requisitos extensivos” que no se orientaban a verificar si el servicio se encontraba o no incluido en el POS —hoy PBS— ni su eventual financiación con recursos de la UPC. Este planteamiento desconoce que los requisitos exigidos para la radicación, auditoría y reconocimiento de recobros no fueron creados por la ADRES, sino que se encontraban expresamente definidos en la normativa aplicable, concretamente en el Decreto 780 de 2016, las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 3754 de 2008, No. 5229 de 2010, No. 3470 de 2011, No. 4480 de 2012, No. 5395 de 2013, No. 5395 de 2013, No. 5926 de 2014, No. 5161 de 2015, No.

5592 de 2015, No. 6408 de 2016, No. 1687 de 2017, No. 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018, así como el Manual de Auditoría y demás disposiciones vigentes para la época de la radicación.

Como se señaló en líneas precedentes, cuando un recobro presenta errores, inconsistencias o la ausencia de documentos, requisitos o datos previstos por la normativa, la consecuencia jurídica prevista es la imposición de glosa por no conformidad, actuación que no solo es procedente sino obligatoria para la entidad. En ese sentido, no es cierto que la ADRES haya extendido o ampliado requisitos, pues todas las exigencias aplicadas derivan directamente de la regulación vigente y fueron interpretadas de forma estricta y conforme a derecho.

De igual manera, la ADRES observó en todo momento los principios de razonabilidad, proporcionalidad y motivación suficiente al imponer las glosas correspondientes, como se demostró en el análisis detallado de cada una de ellas. Las decisiones adoptadas cuentan con fundamento normativo claro, preciso y verificable, y se basaron en la revisión objetiva de los soportes obrantes en el expediente, lo cual descarta por completo la existencia de infracción alguna a normas superiores, ya sean constitucionales, legales o reglamentarias.

En consecuencia, no se configura la causal invocada por la parte demandante. Por el contrario, los actos administrativos atacados gozan de presunción de legalidad, la cual no ha logrado ser desvirtuada, puesto que su expedición obedeció al estricto cumplimiento de las normas que rigen el trámite de recobros en el sistema de salud y a la obligación institucional de garantizar la adecuada administración y protección del erario público.

6.2. Inexistencia del vicio de falsa motivación.

En el presente asunto, la parte demandante sostiene que las glosas impuestas por la ADRES se encuentran viciadas de falsa motivación y de infracción de las normas en que debían fundarse. No obstante, tal afirmación no se configura, por cuanto las decisiones administrativas fueron el resultado de un análisis completo, coherente y ajustado a la normativa vigente que regula el trámite de recobros, particularmente el **Decreto 780 de 2016**, la **Resolución 3099 de 2008**, la **Resolución 5395 de 2013**, la **Resolución 3951 de 2016** y el **Manual de Auditoría** correspondiente. En ese sentido, lejos de aplicar requisitos “extensivos” o no previstos por la ley, la ADRES aplicó estrictamente los parámetros exigidos por el ordenamiento jurídico para determinar la procedencia del reconocimiento económico solicitado por la EPS.

En efecto, la ADRES realizó la verificación integral de los soportes allegados por la EPS, contrastándolos con las bases oficiales administradas por el Sistema, tales como el **SIVIGILA** y las tablas de referencia establecidas en la normativa aplicable. El resultado de dicha revisión técnica permitió advertir inconsistencias, omisiones documentales, duplicidades, ausencia de acreditación de soportes esenciales y demás deficiencias objetivas que impiden la aprobación de los recobros.

Tales hallazgos se enmarcan plenamente dentro de las causales de glosa por no conformidad previstas en el régimen de auditoría, lo cual refleja que en ningún momento se omitió el análisis probatorio ni se desconocieron documentos aportados; por el contrario, la decisión se fundamentó en la evaluación integral de la información disponible.

Bajo este contexto, tampoco se configura la falsa motivación en los términos establecidos por el Consejo de Estado,

según el cual esta solo prospera cuando (i) los hechos tenidos en cuenta no se encuentran probados, o (ii) la Administración omitió hechos demostrados que hubieran modificado sustancialmente la decisión. Ninguna de estas hipótesis se acredita en el expediente. Las glosas se sustentaron en hechos verificables —ausencia de requisitos, falta de soportes, registros no acreditados, duplicidades y demás inconsistencias— ampliamente documentados, y no existe prueba alguna omitida por la ADRES que hubiese permitido concluir la procedencia del recobro.

De igual forma, la motivación de los actos administrativos respeta las exigencias de los artículos 35, 36 y 74 de la Ley 1437 de 2011, al contener la referencia normativa aplicable, la descripción del hallazgo encontrado y la razón por la cual el soporte allegado resulta insuficiente o incongruente. La Administración cumplió, además, con el principio de verdad material, reconstruyendo los hechos a partir de la evidencia disponible y evitando el reconocimiento indebido de recursos públicos, en consonancia con su función legal de salvaguardar el patrimonio del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Finalmente, es importante señalar que la inconformidad técnica o la interpretación subjetiva de la EPS respecto de sus propios soportes no convierte la decisión administrativa en irregular o arbitraria. Corresponde a la parte actora desvirtuar las inconsistencias advertidas; sin embargo, el expediente no contiene elementos que permitan modificar la motivación sostenida por la ADRES. En consecuencia, ni la falsa motivación ni la infracción de normas invocadas se acreditan, por lo que las pretensiones de nulidad deben ser desestimadas.

Adicionalmente, en relación con la falsa motivación, cabe señalar que la jurisprudencia del Consejo de Estado, en Sentencia de radicado N.º 496116 del 18 de febrero de 2021, indicó que: "(…) *la falsa motivación es entonces el vicio que afecta el elemento causal del acto administrativo, referente a los antecedentes legales y de hecho previstos en el ordenamiento jurídico para provocarlo. En ese sentido, se presenta cuando las razones expuestas por la Administración al tomar la decisión son contrarias a la realidad.*

En ese orden de ideas, esta irregularidad en la motivación se configura al evidenciarse alguno de los siguientes eventos:

i. *Se presenta inexistencia de fundamentos de hecho o de derecho en la manifestación de voluntad de la Administración Pública;*
ii. *Los supuestos de hecho esgrimidos en el acto son contrarios a la realidad, bien por error o por razones engañosas o simuladas;*
iii. *El autor del acto le ha dado a los motivos de hecho o de derecho un alcance que no tienen y;*
iv. *Los motivos que sirven de fundamento al acto no justifican la decisión."*

Expuesto lo anterior, en los actos administrativos recurridos no se cumple ninguno de los presupuestos planteados por el Consejo de Estado frente a la falsa motivación y la toma de decisiones contrarias a la realidad por parte de la administración, toda vez que la EPS no pudo desvirtuar los resultados de la auditoría dentro de las oportunidades procesales otorgadas en el marco del procedimiento administrativo de recobros.

Por otra parte, es importante reiterar que las glosas contenidas en el informe técnico son la razón de fondo por la cual se negaron o no se aprobaron los recobros solicitados, en dicho informe la auditoria indica de manera clara y detallada

cada uno de los conceptos rechazados, estableciendo la inobservancia de los criterios establecidos en el manual de auditoría y la normativa aplicable por parte de NUEVA EPS.

Por lo expuesto, el acto administrativo que comunicó las glosas cumple con el requisito de motivación, al brindar al demandante los elementos necesarios para controvertir las observaciones formuladas y, si fuere el caso, subsanar las irregularidades detectadas. Dicho aspecto fue debidamente considerado por esta Administración al emitir las comunicaciones objeto del presente proceso. demandadas.

Del mismo modo, la H. Corte Constitucional ha definido al debido proceso administrativo como un conjunto de condiciones especiales que se le impone a la administración a fin de velar por su correcto funcionamiento bajo los principios de legalidad, publicidad y transparencia.

Así las cosas, es pertinente indicar que el recobro es un procedimiento administrativo especial que se surte a través de las etapas de presentación, pre-radicación, radicación, verificación, preauditoria, auditoría integral y pago. Como resultado de dicho procedimiento, la ADRES a través de una comunicación le indica a la EPS el resultado de auditoría de los recobros presentados. En dicha comunicación se le informa fecha de expedición de la comunicación, la cantidad y valor de recobros, las causales de glosa, el resultado de la auditoría integral, la relación de los ítems aprobados parcialmente y las causales de no aprobación.

Ahora bien, frente a lo señalado por la parte demandante respecto a la fecha de comunicación del acto administrativo, es preciso reiterar que, tal como se acreditó en el expediente, la **Comunicación No. 20221600083361 del 17 de febrero de 2022, fue conocida por la EPS el mismo día mediante correo electrónico y por notificación a su dirección física el 21 de febrero de 2022**, circunstancia que se encuentra plenamente demostrada. En consecuencia, no puede alegarse desconocimiento ni irregularidad en la notificación, por cuanto se garantizó el acceso efectivo al acto administrativo dentro de los parámetros legales previstos.

Conforme a lo expuesto por la misma demandante, se verifica que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) actuó en estricto apego al derecho al debido proceso consagrado en el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia. Asimismo, se comprueba que la ADRES cumplió cabalmente con las garantías del debido proceso administrativo establecidas por la Corte Constitucional en la Sentencia C-162 de 2021:

> *"De la aplicación del debido proceso administrativo se derivan una serie de consecuencias, tanto para la administración como para las personas. La Sala ha reconocido que de este derecho se desprenden una serie de garantías, como las que tienen las personas a:* ***1) conocer las actuaciones de la administración****; 2)* ***acceder ante la administración y ser oído por ella; 3) solicitar el decreto y la práctica de pruebas y controvertir las que otros soliciten y las que se practiquen; 4) ejercer el derecho de defensa; 5) impugnar los actos administrativos; y, 6) gozar de las demás garantías establecidas en su beneficio****. Estas garantías deben respetarse en todo el procedimiento administrativo, desde el inicio de la actuación, la formación y expedición de los actos administrativos, su notificación o comunicación, su impugnación y resolución, su ejecutoriedad y hasta su ejecución."* Subrayado y negrilla fuera de texto)

De acuerdo con lo expuesto, el acto administrativo recurrido no encuadra en ninguno de los supuestos de falsa motivación identificados por el Consejo de Estado en la jurisprudencia citada, toda vez que no se evidencia inexistencia de fundamentos, alteración o distorsión de los hechos, atribución de alcances indebidos a la normativa aplicable, ni ausencia de justificación en la decisión. Por el contrario, la EPS no logró desvirtuar los resultados de la auditoría dentro de las oportunidades procesales previstas en el marco del procedimiento administrativo de recobros, lo cual reafirma la solidez y coherencia de la motivación contenida en las comunicaciones expedidas por la ADRES.

En consecuencia, la actuación de la ADRES se ajustó plenamente a la normativa vigente, valoró de manera integral y objetiva la información obrante en el expediente y expuso de forma suficiente las razones que sustentan cada glosa, por lo que no se configura el vicio de falsa motivación alegado por la parte demandante.

Adicionalmente, tal como se señaló previamente, respecto de los recobros que no superaron el trámite de auditoría, la ADRES comunicó oportunamente el resultado a la entidad, luego de adelantar el estudio, validación y análisis de los soportes aportados, conforme a los criterios técnicos y normativos que rigen la materia. Este proceso incluyó la verificación de la información con las bases oficiales administradas por la entidad, así como la aplicación de las tablas de referencia y lineamientos establecidos en el Manual de Auditoría. Por ello, los argumentos planteados por la EPS no están llamados a prosperar, en la medida en que la decisión administrativa se fundamentó en un ejercicio riguroso, objetivo y conforme a derecho.

7. EXCEPCIÓN PREVIA

7.1. Caducidad del medio de control

Propongo la excepción previa de caducidad del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho, por cuanto la demanda fue presentada por fuera del término perentorio previsto en el artículo 164 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo —CPACA—, sin que exista causal que permita flexibilizar su cómputo en este caso concreto.

En primer lugar, debe recordarse que el Auto 389 de 2021 de la Corte Constitucional, mediante el cual se precisó que las actuaciones de la ADRES tienen naturaleza de actos administrativos, fue proferido el 22 de julio de 2021, es decir, con una antelación más que suficiente frente a la fecha en que la parte demandante radicó la demanda el 19 de diciembre de 2022, de conformidad con el auto admisorio proferido por su despacho No. 378 del 19 de septiembre de 2025.

Para el momento de presentación de la demanda, el criterio jurisprudencial citado no solo estaba vigente, sino plenamente consolidado y de público conocimiento, por lo que la EPS no podía alegar incertidumbre, duda razonable o imposibilidad relacionada con la determinación de la jurisdicción competente. En consecuencia, no existía obstáculo material ni jurídico que impidiera acudir oportunamente ante la jurisdicción contenciosa dentro del término de caducidad legalmente establecido.

Adicionalmente, la flexibilización de términos de caducidad como lo ha señalado la doctrina constitucional y contencioso opera únicamente en supuestos excepcionales y siempre que se demuestre que la inactividad procesal no es imputable a la parte interesada. Esto ocurre, por ejemplo, cuando un cambio jurisprudencial posterior a los hechos modifica el entendimiento del derecho aplicable o altera las reglas de competencia.

Ninguno de esos supuestos se configura en el presente caso. En efecto, el Auto 389 de 2021 es anterior tanto a los hechos como a la presentación de la demanda, circunstancia que descarta por completo la posibilidad de aplicar criterios de flexibilización o de interpretación extensiva. Ello es aún más evidente si se considera que la mayoría de los recobros objeto de litis corresponden a servicios prestados desde el año 2011, es decir, en la mayoría de los casos, la demanda fue presentada hasta **once años después**.

Como lo ha reconocido la propia Corte, las controversias planteadas por la EPS se derivan de la negativa de reconocimiento de prestaciones en salud; sin embargo, dicha negativa surge de un procedimiento administrativo especial —el trámite de recobros— sustentado en los resultados de la auditoría integral y en el incumplimiento de requisitos establecidos en la normativa específica aplicable. Se está, entonces, ante un acto administrativo de fondo, cuyo control judicial debe ejercerse dentro del término estricto y preclusivo establecido en la ley.

En cuanto al caso concreto, debe atenderse al artículo 164 del CPACA, que establece:

> *"Artículo 164. Oportunidad para presentar la demanda. La demanda deberá ser presentada:*
> *(…)*
> *2. En los siguientes términos, so pena de que opere la caducidad:*
> *(…) d) Cuando se pretenda la nulidad y restablecimiento del derecho, la demanda deberá presentarse dentro del término de cuatro (4) meses contados a partir del día siguiente al de la comunicación, notificación, ejecución o publicación del acto administrativo, según el caso, salvo las excepciones establecidas en otras disposiciones legales; (…)"*

De acuerdo con esta disposición, el término para presentar la demanda iniciaba el día siguiente a la comunicación del acto acusado. En este proceso, consta que el resultado de auditoría fue comunicado el 17 de febrero de 2022, por lo que el término de caducidad vencía el 17 de junio de 2022.

Pese a ello, la demanda fue radicada ante la Jurisdicción Ordinaria Laboral el 19 de diciembre de 2022, bajo el radicado 110013105007-2022-00551-00, siendo posteriormente remitida a los Juzgados Administrativos. Esta circunstancia evidencia que la acción se interpuso casi seis meses después de vencido el término legal, razón por la cual se encuentra irremediablemente caducada.

No existe, entonces, fundamento constitucional, legal o jurisprudencial que permita reabrir un término ya precluido, ni aplicar remedios extraordinarios destinados a supuestos que claramente no concurren. Por el contrario, aceptar la admisión de la demanda vulneraría los principios de seguridad jurídica, igualdad procesal y preclusión, que rigen de manera estricta la institución de la caducidad.

Por las razones expuestas, solicito declarar probada la excepción previa de caducidad.

8. EXCEPCIONES DE FONDO

8.1. Caducidad especial articulo 73 ley 1753 de 2015

Es importante traer a colación la caducidad especial establecida en el artículo 73 de la ley 1753 de 2015 donde, indica un término trienal para interponer la correspondiente acción judicial desde su establecimiento o exigibilidad. De otro lado, es importante resaltar que existe una norma especial en el **literal a) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015** que consagra un término de prescripción de tres (03) años contados a partir de la fecha en que la EPS prestó el servicio, veamos:

> ***"ARTÍCULO 73****. Procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud. Los procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en Salud que se surten ante el Fosyga o la entidad que asuma sus funciones se regirán por las siguientes reglas:*
>
> *Tratándose de recobros y reclamaciones:*
>
> *a) El término para efectuar reclamaciones o recobros que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga será de* ***tres (3) años a partir de la fecha de la prestación del servicio****, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado la reclamación o recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para el Fosyga. (…)"*

Es decir que, tanto en la normativa laboral como en la especial, el término prescriptivo corresponde a tres (03) años, **los cuales transcurren desde la fecha de prestación del servicio a la presentación de la demanda**.

En tal sentido, efectuado el análisis del Apoyo Técnico emitido por la Dirección de Otras Prestaciones, y en concordancia con la normativa aplicable, se establece que los servicios objeto de recobro fueron prestados entre el **16 de agosto de 2011 y el 15 de noviembre de 2019,** situación que puede ser corroborada por el despacho en el apoyo técnico, hoja de cálculo "Detalle", columna "AH". A su vez, la demanda ante la jurisdicción ordinaria fue presentada el **19 de diciembre de 2022**, es decir, **transcurridos ampliamente más de tres (3) años**, término especial de prescripción previsto en el **literal a) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015**, aplicable a los recobros por servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC.

En consecuencia, resulta imperioso concluir que **la totalidad de los recobros relacionados en la demanda se encuentran prescritos**, por haber operado plenamente el fenómeno jurídico de la prescripción extintiva del derecho al pago.

Precisado lo anterior, se evidencia que **los recobros demandados** que conforman el acto administrativo recurrido, se encuentran afectados por dicho fenómeno jurídico, toda vez que tal como consta en la demanda corresponden a servicios prestados **con anterioridad a la vigencia de la Ley 1753 de 2015**, y respecto de los cuales transcurrió en exceso el término prescriptivo de tres (3) años sin que la parte recobrante ejerciera acto alguno encaminado a su reclamación dentro del plazo legal.

En suma, la pretensión de reconocimiento económico carece de fundamento jurídico, pues al momento de presentación de la demanda ya había operado la prescripción respecto de todos los recobros cuestionados.

8.2. Inexistencia de la obligación

En el caso particular, no existe obligación de pago por parte la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) hacia la EPS demandante. No se puede alegar la existencia de tal obligación, dado que el no reconocimiento y pago se deben a la propia culpa de la demandante, especialmente cuando los recobros presentados no cumplieron con los requisitos legales exigidos para ello, lo que impide un pago que nadie adeuda.

De haberse cumplido por parte de la demandante con los requisitos y exigencias previstos en la normativa legal vigente, los cuales son necesarios para que la administración ordene el correspondiente pago, el auditor del FOSYGA no habría impuesto las glosas a los recobros presentados. En consecuencia, se concluye de manera necesaria que la entidad que represento no adeuda a la EPS actora ninguno de los valores reclamados en este proceso.

Conforme a esto, es preciso señalar que las solicitudes de recobro presentadas no superaron la auditoría integral como quiera que no cumplieron con la normatividad vigente para la fecha de la prestación de los servicios (**16 de agosto de 2011 y el 15 de noviembre de 2019**) tales como: las Resoluciones No. 3099 de 2008, No. 5395 de 2013, No. 3951 de 2016, No. 6408 de 2016, 5269 de 2017 y No. 1885 de 2018, entre otros actos administrativos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales se detallarán a lo largo del presente documento, tal como se evidencia en el Apoyo Técnico adjunto con esta contestación, en el cual se observan falencias en la solicitud de recobros únicamente imputables a la EPS que impidieron su reconocimiento; razón por la cual, no fueron aprobados.

Aunado a lo anterior, es preciso señalar que el fundamento de la responsabilidad es de la EPS demandante y por tanto de la indemnización de perjuicios, está dado por el hecho de que el Estado imponga a determinado grupo de administrados ciertas cargas que conlleva un detrimento en su patrimonio, resultándolo desproporcionado, lo que de hecho generará el rompimiento del principio de igualdad o equilibrio de las cargar públicas, hecho que a todas luces no se configura en el caso en concreto.

En este orden de ideas, no puede la demandante alegar una obligación de pago con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por el simple hecho de no obtener el pago reclamado, cuando no le asistía el derecho de recobrar.

8.3. Pago

Resulta indispensable señalar que, **126 recobros** relacionados en la demanda, a lo largo de la contestación se logró establecer que **fueron aprobados de manera parcial por un valor total de $ 104.652.306**, tal como se relaciona a continuación:

Tabla 06. Recobros parcialmente aprobados

	RADICA-CION	VALOR_TO-TAL_APROBADO			RADICACION	VALOR_TO-TAL_APROBADO	
1	147761698	$	734.035	64	143200530	$	77.760
2	147773196	$	4.100.276	65	143207829	$	1.406.340
3	147794931	$	234.540	66	144210633	$	85.816

4	148154240	$	487.924
5	148234803	$	51.785
6	148263325	$	1.142.430
7	148386885	$	890.426
8	148397030	$	9.480
9	148408652	$	20.280
10	148416701	$	15.137
11	148459498	$	21.900
12	148698987	$	1.002.000
13	148701457	$	23.958
14	148742562	$	2.490
15	148751740	$	307.008
16	148754826	$	319.860
17	148755600	$	655.484
18	148759225	$	31.410
19	148783790	$	20.940
20	148798582	$	92.797
21	138573908	$	67.980
22	138625650	$	90.033
23	138689990	$	884.352
24	138690532	$	174.250
25	139046502	$	153.180
26	139057247	$	183.064
27	139135596	$	218.742
28	139349514	$	15.100
29	139353790	$	49.100
30	139357034	$	210.129
31	139629581	$	81.879
32	147024048	$	22.250
33	147202344	$	162.818
34	147376310	$	2.359.318
35	147601270	$	390.360
36	149190926	$	421.062
37	149198587	$	673.383
38	149201579	$	408.578
39	149218314	$	576.863
40	149225041	$	1.229.572
41	149246080	$	338.520
42	149251285	$	827.880
43	149343772	$	187.000
44	149358790	$	131.460
45	149379488	$	319.860
46	149388383	$	493.539
47	149393550	$	827.880
67	144219433	$	129.540
68	144225945	$	9.369.804
69	144244873	$	26.100
70	144247589	$	38.880
71	144260728	$	52.380
72	144260955	$	248.355
73	144277266	$	2.028.780
74	144287127	$	39.510
75	144312565	$	40.980
76	144312790	$	711.180
77	144315473	$	2.858.092
78	144438293	$	413.940
79	144438971	$	434.094
80	144470867	$	80.700
81	144484068	$	240.923
82	144739244	$	137.042
83	144760658	$	3.256.433
84	144764302	$	460.726
85	144767037	$	639.720
86	144776966	$	56.220
87	144792925	$	36.232
88	144796094	$	13.500
89	144832595	$	880.320
90	144842122	$	163.860
91	145126443	$	710.280
92	147641431	$	17.524
93	147659905	$	206.100
94	147690721	$	5.280
95	147701142	$	199.110
96	147721909	$	625.008
97	140511895	$	219.330
98	140643192	$	4.135.006
99	140909570	$	14.794.578
100	141526388	$	13.754.120
101	141599219	$	251.160
102	141601621	$	219.330
103	141676208	$	441.206
104	145307679	$	61.370
105	145308370	$	1.605.660
106	145507271	$	676.320
107	145528846	$	144.807
108	145541920	$	470.016
109	145656337	$	41.337
110	145664947	$	4.052.611

48	149858476	$	65.430	111	145703069	$	165.564
49	150227853	$	187.000	112	146152871	$	1.015.290
50	151109454	$	157.643	113	146175908	$	33.960
51	151110576	$	884.078	114	146185364	$	413.940
52	151252046	$	81.778	115	146232000	$	208.378
53	151403283	$	19.530	116	146238698	$	161.763
54	152072828	$	67.200	117	146273303	$	234.540
55	152378353	$	22.632	118	146312901	$	165.564
56	152640755	$	41.002	119	146319054	$	2.571.963
57	152658093	$	208.440	120	146773423	$	58.324
58	164237272	$	90.534	121	146781155	$	24.086
59	164431711	$	104.650	122	146849244	$	82.782
60	142926857	$	4.341.870	123	146854924	$	456.204
61	142943693	$	45.000	124	146928895	$	413.940
62	142952350	$	1.241.820	125	146931097	$	61.740
63	142957189	$	20.880	126	146946267	$	2.785.089

Fuente. Elaboración a partir del apoyo técnico

Dicha afirmación encuentra respaldo en el apoyo técnico allegado a este proceso, en el cual, al revisar la hoja denominada “Consolidado RadAnt” filtrando la columna “Q” con el valor “Aprobado”, así como en la pestaña “Consolidado”, columna “M”, se constata que efectivamente dichos recobros presentados por la EPS fueron aprobados, lo cual desvirtúa la tesis de un rechazo generalizado.

De lo anterior se colige que la parte accionante, al pretender mediante su demanda el reconocimiento y pago de recobros que ya fueron previamente aprobados y cancelados, estaría configurando un doble pago, lo cual constituiría un enriquecimiento sin justa causa, en detrimento del patrimonio público y de los recursos limitados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta situación, además, podría traducirse en una vulneración directa del derecho fundamental a la salud, tal como ha sido reconocido por el Estado Social de Derecho consagrado en la Constitución Política.

8.4. Cobro de lo no debido

Resulta importante señalar que frente a los restantes recobros objeto de demanda, dichos fueron glosados en el trámite de auditoría integral por no cumplimentar la totalidad de los requisitos normativos establecidos para la fecha de prestación de servicios. Así las cosas, al pretender la demandante su reconocimiento y pago por medio del presente proceso, se configura la mala fe de su actuar, como quiera que, si la EPS accionante hubiese dado cumplimiento a los requisitos y exigencias previstos en la normativa legal vigente, que en consonancia con el principio de legalidad del gasto público se hacen necesarios para que la administración proceda a ordenar el correspondiente pago, el ente auditor para la fecha de radicación de los recobros no hubiese impuesto glosas a los recobros presentados por la demandante, lo que deviene en la necesaria conclusión de que la Entidad no le adeuda a la EPS actora ninguno de los valores reclamados a través del presente proceso, pues no existe obligación de pagar unas cuentas que se encuentran inmersas en glosas justificadas como se acredito a lo largo del escrito.

Por ello, llama la atención que los argumentos esgrimidos por la Entidad demandante para solicitar que se declare

que la ADRES está obligada a realizar erogaciones, por el no reconocimiento y pago en sede administrativa de los recobros presentados estén orientados a confundir al administrador de justicia, señalando la imposición de tan solo una de las glosas que fueron impuestas en el trámite de auditoría integral a cada uno de los recobros objeto de controversia.

Aunado a lo anterior, es preciso señalar que el fundamento de la responsabilidad y por tanto de la indemnización de perjuicios, está dado por el hecho de que el Estado imponga a determinado grupo de administrados ciertas cargas que conllevan un detrimento en su patrimonio, resultándolo desproporcionado, lo que de hecho generaría el rompimiento del principio de igualdad o equilibrio de las cargar públicas, hecho que a todas luces no se configura en el caso en concreto.

8.5. De la existencia del hecho o culpa exclusiva de la EPS recobrante como causal exonerativa de responsabilidad:

Sobre el hecho del demandante o actor, o como se indica en otras esferas del derecho, el hecho de la "victima" como causal exonerativa de responsabilidad, el Honorable Consejo de Estado ha indicado:

> *"(…) Cabe precisar que en los eventos en los cuales la actuación de la víctima resulta ser la causa única, exclusiva o determinante del daño, carece de relevancia la valoración de su subjetividad. Si la causalidad constituye un aspecto objetivo, material de la responsabilidad, la labor del juez frente a un daño concreto debe limitarse a verificar si dicha conducta fue o no la causa eficiente del daño, sin que para ello importe establecer si al realizarla, su autor omitió el deber objetivo de cuidado que le era exigible, o si su intervención fue involuntaria. Por tal razón, resulta más preciso señalar que la causal de exoneración de responsabilidad del demandado es el hecho de la víctima y no su culpa.*[6]

Para el presente caso, la EPS demandante pretende que se declare una obligación a cargo del estado, para lo cual alega haber sufrido un perjuicio económico que se configura en el hecho del no pago de las sumas de dinero recobradas, es decir que el objeto de esta demanda es el pago de recobros que no cumplieron con los requisitos señalados en la norma aplicable para la época en que fue realizada su auditoría, o de recobros, que como se señaló **que los recobros pretendidos se encuentran incluidos para el POS de la fecha de prestación del servicio.**

Aunado lo anterior, se concluye que los perjuicios alegados por la entidad demandante provienen exclusivamente de su actuación, ya que, de conformidad a lo indicado, los servicios de los cuales se pretende el reconocimiento y pago fueron glosados en el trámite de auditoría integral por no cumplir los requisitos exigidos para su reconocimiento.

8.6. Excepción innominada o genérica.

Por la presente se solicita amablemente que, al realizarse el estudio y la valoración de las condiciones fácticas del presente proceso se logra determinar la existencia de hechos que constituyan una excepción, se sirva reconocerla de

[6] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 19 de agosto de 2009, expediente 17957. Ver en el mismo sentido, Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 18 de febrero de 2010, expediente 17179.

forma oficiosa como corresponda, conforme a lo dispuesto en el artículo 164 del Código Contencioso Administrativo, que a la letra indica:

> "*(...) En la sentencia definitiva se decidirá sobre las excepciones propuestas y sobre cualquier otra que el fallador encuentre probada.*
>
> *(…)*" (Subrayado fuera del texto)

Por tanto, si después de la valoración del proceso y de las pruebas aparece probada cualquier excepción, le solicito declararla acorde con la norma transcrita.

9. IMPROCEDENCIA DEL DICTAMEN PERICIAL

De conformidad con el principio de libertad probatoria, las partes en el curso de un proceso pueden solicitar, aportar o allegar dentro de la oportunidad procesal las experticias emitidas por instituciones o profesionales especializados en una materia, a través de un dictamen, concepto, informe y opinión profesional. Bajo esta premisa, el dictamen pericial se ha considerado por el Consejo de Estado como *"aquella prueba decretada por el juez y rendido por un perito como auxiliar de la justicia y que del mismo debe darse traslado a las partes".*

Esta prueba se encuentra consagrada en el artículo 218 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, la cual preceptúa que la prueba pericial se regirá por las normas establecidas en el mismo código y, en lo no previsto, por las disposiciones del Código General del Proceso; así mismo, dispuso que el dictamen pericial puede aportarse o solicitarse, según sea el caso, en las oportunidades legales procedentes. Así las cosas, teniendo en cuenta la remisión del asunto al Código General del Proceso, se tiene que el artículo 226 dispone:

> *"Artículo 226. Procedencia. La prueba pericial es procedente para verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos. Sobre un mismo hecho o materia cada sujeto procesal solo podrá presentar un dictamen pericial. Todo dictamen se rendirá por un perito.*
>
> *No serán admisibles los dictámenes periciales que versen sobre puntos de derecho, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 177 y 179 para la prueba de la ley y de la costumbre extranjera.*
>
> *Sin embargo, las partes podrán asesorarse de abogados, cuyos conceptos serán tenidos en cuenta por el juez como alegaciones de ellas."*

Atendiendo lo anterior, en auto del 22 de febrero de 2024, el Consejo de Estado Sección Primera, dentro del proceso 66001233300020220019701 consideró que:

> *"(…) para ordenar un dictamen pericial es necesario presentar una solicitud que exponga los hechos que generan incertidumbre y que deben ser objeto de la prueba. Asimismo, la comprobación de estos hechos debe requerir de un experto en la materia, implicando que el Juez carezca de tales conocimientos debido a la naturaleza científica, técnica o artística de los asuntos en cuestión (…)".*

Así mismo, en providencia del 7 de febrero de 2025 dentro del proceso 25000233600020220022201, estimó que debía negarse el decreto de la prueba pericial solicitada en una demanda de nulidad y restablecimiento del derecho, relacionada con solicitudes de recobro no reconocidas y pagadas a NUEVA EPS, por las razones que se exponen a continuación:

> *"(i) La prueba pericial es procedente para verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos. (ii) En el asunto, la prueba pericial se solicitó con el fin de que se (…) conceptuará lo relacionado con la constatación a la luz de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que regulaban el POS al momento de la prestación de los servicios objeto de reclamación de la inclusión o no de los servicios reclamados en el POS y si estos estaban debidamente financiados en la UPC que para el efecto las EPS reciben por cada uno de sus afiliados, y si cumplían con los requisitos necesarios para su reconocimiento y pago (…)".*

La solicitud de prueba pericial deviene improcedente, en la medida que lo busca es que el perito emita una opinión, juicio o concepto general sobre si se cumplieron o no los presupuestos estipulados en la norma para el reconocimiento y pago de los recobros por servicios médicos no incluidos en el POS, hoy PBS, por lo que no se trata de aspectos que requieran de saberes especializados para su verificación que escapen del conocimiento del juzgador, ya que esta prueba tiene por objeto conceptuar sobre el cumplimiento de requisitos legales y sobre la inclusión de los servicios de salud en el marco normativo del POS vigente para la época.

Así las cosas, conforme al artículo 226 del Código General del Proceso, no es admisible los dictámenes periciales que versen sobre puntos de derecho, de manera que, la solicitud de prueba pericial no cumple los requisitos establecidos para su decreto. Sobre el particular, es importante destacar que mediante auto del 7 de febrero de 2025 proferido por el Consejo de Estado dentro del radicado 25000233600020220022201, el alto tribunal confirmó el auto proferido en la audiencia inicial celebrada el 21 de septiembre de 2023 por la Subsección C, Sección Tercera del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, que negó el decreto de la prueba pericial pedida en el escrito de la demanda.

En este proceso, similar al que nos ocupa, SALUD TOTAL EPS solicitó en la demanda del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho la práctica del dictamen pericial, para que se conceptuara sobre la inclusión o no de los servicios reclamados en el POS y si cumplían con los requisitos necesarios para su reconocimiento y pago. No obstante, se negó el decreto de esta prueba al no cumplir con los requisitos establecidos por el artículo 226 del Código General del Proceso. Con fundamento en las anteriores consideraciones, solicito respetuosamente al Honorable Despacho, **negar el decreto del dictamen pericial solicitado por la parte actora**.

10. PETICIÓN

Con fundamento en lo indicado, así como en las razones que el Honorable Juez considere pertinentes para llegar a la conclusión a la que aquí se arriba, le solicito comedidamente, **EXONERAR** a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –ADRES** de las pretensiones incoadas por la entidad demandante y en su lugar declarar la no prosperidad de las mismas y desestimar los cargos.

11. PRUEBAS

Téngase en cuenta la normatividad señalada en el acápite No. 6.2. del presente escrito, las cuales, por ser normas proferidas a nivel nacional, no necesitan ser arrimadas al expediente del proceso.

11.1. Documentales:

11.1.1. Apoyo técnico emitido por la Dirección de Otras Prestaciones en la cual informa el estado, encabezado, pagos, glosas y el consolidado de estos datos, sobre los recobros objeto de la demanda. Archivo denominado "1. 1166_Nueva_015800_61_Reporte", el cual es parte integra de los actos administrativos definitivos.

11.1.2. Informe técnico rendido por la Dirección de Otras Prestaciones. Archivo denominado "2. Informe técnico Caso 1166 Rad. 11001333360720250015800 de Nueva EPS" donde a su vez se explica cómo se encuentra comprendido el expediente administrativo.

11.1.3. Antecedentes administrativos compuesto por dos carpetas, una contentiva de las comunicaciones de resultados y otra con las certificaciones de los cierres de paquete:

No.	Paquete	Certificación de cierre	Comunicación de resultados
1	RE_EH_4G	GIVRA DOP 120211600071843-Certificación Cierre RE_EH_4G	En búsqueda
2	RE_AN_2018_2019_0 3	En búsqueda	En búsqueda
3	RE_EH_3G_A	20221600005763_Certificación Cierre RE_EH_3G_A ok	19_20221600087191_CR Nueva EPS Paquete RE_EH_3G_A
4	RE_PC_2018_2019_0 2	En búsqueda	En búsqueda
5	RE_PC_2018_2019_0 1	120201600020433_Informe PAQUETE RE_PC_2018_2019_01.odt 2 2	20201600062211 NUEVA EPS RE_PC_2018_2019_01
6	PC41656_1	En búsqueda	En búsqueda
7	PC41656_3	11. FirmaCierre_PC41656_3_I00000444 3500	CR_Paq_PC41656_3_NU EVA EPS_13 al 25 abril_0000044443
8	PC41656_5	Certificación de cierre del paquete PC41656_5 (1)	CR_Paq_PC41656_5_NU EVA EPS_ 27 al 31 mayo_0000046574 (1)
9	PC41656_4	Firma Certificación Cierre_PC41656_4_46557 (1)	CR_Paq_PC41656_4_NU EVA EPS_13 al 25 abril_0000046562 (2)
10	PC41656_2	10. CIERRE_I000004312000_ PC41656_2 (1)	CR_Paq_PC41656_2_NU EVA EPS_25 al 31 marzo_0000043135 (1)
11	SAA_COO_08	En búsqueda	35_20221600084391_CR Nueva EPS Paquete SAA_COO_08

12	PC41656_7	14. Certificación Cierre PC41656_7 28 sep. al 02 oct_20201600010763 (1)	31_20201600010893_CR Nueva EPS Paquete PC41656_7 (1)
13	PC41656_8	En búsqueda	En búsqueda
14	SAA_APR_01	24. Certificación 1 paquete aprobados SAA3122020 SAA_APR_01 (1)	33_20201600106821_CR Nueva EPS Paquete SAA_APR_01 (1)
15	SAA_APR_02	Certificación de cierre del paquete SAA_APR_02 - 20201600016483	En búsqueda
16	APF_0422_0522_A	Cierre paquete APF_0422-0522_A	20221601173511 - CR Nueva EPS Paq APF_0422_0522_A
17	CAPVI_0822	20221600072153 - Certificación Cierre CAPVI_0822	21_20221601860521_CR Nueva EPS Paquete CAPVI_0822 (1)
18	CAPVI_0922_SP2015 _19	En búsqueda	22_20221601907481_ CR Nueva EPS Paquete CAPVI_0922_SP2015_19
19	CAPVI_1222	20231600017803 - Certificación Cierre CAPVI_1222	24_20231600207531_ CR Nueva EPS Paquete CAPVI_1222
20	CAPVI_0622	20221600060483 - Certificación Cierre CAPVI_0622	20_20221601514071_ CR Nueva EPS Paquete CAPVI_0622
21	CAPVI_1122	20231600016593 - Certificación Cierre CAPVI_1122	23_20231600207571_CR Nueva EPS Paquete CAPVI_1122
22	CAPVI_0123_0223	20231600023993 - Certificación Cierre CAPVI_0123_0223	En búsqueda
23	SAA_07	20211600016613_Cierre SAA_07	En búsqueda
24	PC41656_6	13. Certificación Cierre_PC41656_6_17 al 22 agosto_20201600007353	30_20201600043881_CR Nueva EPS Paquete PC41656_6
25	SAA_APR_05	26. 20211600010453_Cierre_SAA_APR_ 05 (1)	En búsqueda
26	RE_MYT01_9G	20221600011393_Certificación Cierre RE_MYT01_9G ok (1)	18_20221600134691_ CR Nueva EPS Paquete RE_MYT01_9G (1)
27	APF_0621-0721	20211600060923_Certificación Cierre APF_0621-0721	20211601009271 NUEVA EPS APF_0621-0721

En atención a que las pruebas señaladas superan el tamaño máximo permitido por el correo electrónico, se remite enlace de acceso contentivo de la totalidad de la información:

https://drive.google.com/drive/folders/1zUVD0CL7GEokuYSdhk-fy8NMNjs3YTFq?usp=share_link

12. ANEXOS

12.1. Los relacionados en el acápite de pruebas.

12.2. Poder legalmente conferido por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la ADRES

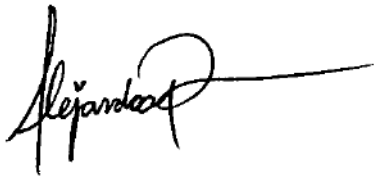
12.3. Ley 1753 de 2015 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.
12.4. Decreto 1429 de 2016 -Por la cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud-ADRES y se dictan otras disposiciones.
12.5. Resolución 1012 del 20 de mayo de 2022-Por el cual se delegan unas funciones y se dictan otras disposiciones.
12.6. Resolución Nombramiento Jefe Oficina Asesora Jurídica.
12.7. Acta de posesión Jefe Oficina Asesora Jurídica.

Asimismo, se informa que los anexos han sido cargados en la misma ruta del OneDrive donde reposan las pruebas documentales aportadas en el presente proceso, con el fin de facilitar su consulta integral por parte del despacho.

13. NOTIFICACIONES

Para efectos de notificaciones, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES recibe notificaciones en la Avenida Calle 26 No. 69 – 76 Edificio Elemento Torre 1, Piso 17 de la ciudad de Bogotá D.C., el Correo electrónico para notificaciones judiciales es: notificaciones.judiciales@adres.gov.co y la suscrita apoderada en el correo karen.parrado@adres.gov.co y al teléfono celular 3213348958.

Respetuosamente,



KAREN ALEJANDRA PARRADO TRIANA
C.C. No. 1.010.229.705 de Bogotá D.C.
T.P. No. 325.025 del C.S. de la J.

Asunto: 11001333360720250015800 - Contestación de demanda
Fecha: miércoles, 19 de noviembre de 2025, 15:33:17 hora estándar de Colombia
De: Karen Alejandra Parrado Triana
A: Secretaria General, laura.herrerag@nuevaeps.com.co
Datos adjuntos: image001.png, Contestación de la demanda 2025-158.pdf

Bogotá D.C.

REFERENCIA:	Nulidad y restablecimiento del derecho
RADICACIÓN:	**11001333360720250015800**
DEMANDANTE:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. – NUEVA EPS S.A
DEMANDADO:	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES
ASUNTO:	**CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

KAREN ALEJANDRA PARRADO TRIANA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.010.229.705 de Bogotá D.C., abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 325.025 del Consejo Superior de la Judicatura, conforme al poder especial otorgado por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**, por medio del presente escrito y encontrándome dentro de término de traslado, remito copia de la contestación de la demanda a radicar mediante aplicativo SAMAI.

De antemano agradezco su tiempo y disposición.

Cordialmente,

ADRES

Abogada contratista, Oficina Asesora Jurídica
Karen Alejandra Parrado Triana
Karen.parrado@adres.gov.co
Teléfono celular. 3213348958
Av. El Dorado #No. 69-76, torre 1
www.adres.gov.co

ADRES - Información Pública Externa

Asunto: Acuso MemorialSolicitud Rad.11001333360720250015800
Fecha: miércoles, 19 de noviembre de 2025, 15:41:13 hora estándar de Colombia
De: SAMAI
A: Karen Alejandra Parrado Triana

Presentación de memorial a través de la ventanilla virtual - JCA

Señor(a) Karen Alejandra Parrado Triana

El día miércoles 19 de noviembre de 2025 siendo la(s) 15:41:04, se ha recibido su solicitud y será gestionada por Juzgado Administrativo de Bogotá.

Identifíque su solicitud con el siguiente código:

2345562

Usted anexó 2 documento(s) para ser validado(s) dentro del proceso con radicado: 11001333360720250015800

Detalle de los documentos:

- Contestación Demanda-ADRES
- Contestación Demanda-PoderyanexosADRES

Certificados de integridad asociados:

- 5D2610FE480F38B1D1E75DEE704FC81D8D81FDE909C3CFF48300892F60428616
- F9878284F3515CA5FEFF665EFAE206B0385968D4121A37868AB3AAA47F25C13C

Observaciones: ADRES - Contestacion de demanda

IMPORTANTE: De conformidad con los artículos 106 y 109 del Código General del Proceso (Ley 1564 de 2012) las solicitudes y demandas se entenderán presentadas oportunamente si son recibidas dentro de la jornada laboral de los despachos judiciales establecida por el Consejo Superior de la Judicatura, los escritos recibidos fuera del horario de atención se registrarán en la siguiente fecha y hora hábiles.

SEDE ELECTRÓNICA DE LA JURISDICCIÓN DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE COLOMBIA SAMAI

Rama Judicial de Colombia | © 2020 - 2025 Copyright: Consejo de Estado

IMPORTANTE:
Por favor no responda este correo, este servicio es únicamente para envíos electrónicos.