



Bogotá D.C.,

Señores

JUZGADO NOVENO (9°) ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.

SECCIÓN SEGUNDA

JUEZA MARÍA CECILIA PIZARRO TOLEDO

E. S. D.

PROCESO: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO

EXPEDIENTE: 11001333400120240008000

DEMANDANTE: PROMOTORA CLÍNICA ZONA FRANCA DE URABÁ S.A.S.

DEMANDADO: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

SERGIO MAURICIO ZIPAQUIRA DIAZ, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.0324.424.333 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio con Tarjeta Profesional 228.223 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**, mediante el presente escrito, procedo a dar contestación a la demanda de la referencia en los siguientes términos:

I. CONSIDERACIONES PREVIAS

1.1. DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Dentro del presente acápite es importante indicar respetuosamente al Despacho que en el **Auto 389 de 2021** proferido por la Corte Constitucional en Sala plena, se advierte en la *consideración número 26* sobre la naturaleza jurídica de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES**, en los siguientes:

“26. La ADRES es una entidad con una naturaleza jurídica específica. El legislador, mediante el artículo 66 de la Ley 1753 de 201550, con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, creó la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ADRES, como una entidad de naturaleza

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



especial del sector descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado, con lo que adquiere la categoría de entidad pública. Adicionalmente, dispuso que la ADRES hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, y estará encargada de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (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).

Entre sus funciones se encuentran: “c) Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud”; “d) Realizar los pagos, efectuar giros directos, a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos”, y “e) Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos” (art. 66, Ley 1753 de 2015)⁵². Al respecto, también puede verse el artículo 3 del Decreto 1429 de 2016⁵³.”

Y continua en las consideraciones 27 y 28 indicando lo que no es:

“27. Es necesario precisar que la ADRES no es una entidad administradora de los planes de beneficios en salud. De acuerdo con el artículo 121.1 de la Ley 1438 de 2011⁵⁴ se entiende por administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPBS): “Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud [...]”. Negrilla fuera de texto

28. Por otra parte, la ADRES tampoco es una entidad prestadora –no es EPS ni IPS–. En efecto, el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 determina que las Entidades Promotoras de Salud son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función primordial es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados⁵⁶. Por otra parte, de acuerdo con el artículo 185 de la misma ley, las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS), como su nombre lo indica, son



aquellas encargadas de prestar directamente los diferentes servicios de salud a los usuarios.” Negrilla fuera de texto.

Y afirma en la consideración 39 que:

*“39. Todo lo anterior demuestra que **la ADRES no solamente se rige por normas de derecho público, sino que la decisión de reconocer o no el pago de obligaciones por concepto de prestación de servicios y tecnologías en salud subyace a un conjunto de actuaciones administrativas regladas.** Esto último no es gratuito. La creación de la Administradora de los Recursos del SGSSS, como se expuso en líneas anteriores (supra 27), tuvo como orientación primordial que el Estado jugara un papel más protagónico en la gestión y veeduría de los recursos, de suerte que se pudiera lograr el saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC.” Negrilla fuera de texto.*

Su señoría, todo lo anterior para demostrar que la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES** se rige por normas de derecho público, al igual que el reconocimiento de pago, sea por eventos de reconocimientos de **recobros** de servicios y tecnologías en salud no incluidos en el POS, hoy PBS a las Entidades Prestadoras de Salud, o, por reconocimiento de **reclamaciones** por servicios prestados a pacientes que entran en la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT a las IPS.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Mi representada se opone a cada una de las pretensiones incoadas por la demandante y dirigidas a mi representada, careciendo estas de fundamento constitucional y legal de acuerdo con las siguientes razones de derecho y, de hecho:

- 1. Me opongo a las pretensiones primera segunda en específico los Numerales 2.1 y 2.2,** en las que solicitan se Declare la Nulidad del Acto Administrativo No. 20234300683911 de junio 26 de 2023 en la que niega el pago de unas reclamaciones del cual es el comunicado del resultado de la Auditoria Integral Paquete No. 28022 expedido por la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES; Se precisa que de las reclamaciones citadas en el listado relacionado de los hechos del escrito de la demanda existen otros paquetes de estudio (Otros actos administrativos que no demandan en las pretensiones) todas las reclamaciones citadas hacen partes de diferentes paquetes por lo tanto encontramos los siguientes:

No.	Paquete	Certificación	Comunicación
1	25045	20201600020673_Certificación Cierre 25045 PJ	20201600149331_CLINICA ZONA FRANCA DE URABA S.A.S. PAQ 25045

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16
Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 4322760
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



No.	Paquete	Certificación	Comunicación
2	26094	Certificación Cierre 26094 PJ 20221600005443	20221600038331 CLINICA ZONA FRANCA DE URABA S.A.S. PAQ 26094
3	27049	Certificación cierre de paquete 27049	20221601558621 CLINICA ZONA FRANCA DE URABA S.A.S. PAQ 27049
4	27051	Certificación cierre de paquete 27051	20221601732651 CLINICA ZONA FRANCA DE URABA S.A.S. PAQ 27051
5	28022	20234100040263 - Certificación Cierre PQT_17 ASD 28022	20234300683911 CLINICA ZONA FRANCA DE URABA S.A.S. PAQ 28022

Fuente: Propia – Dirección de Otras Prestaciones

Del mismo modo, pretende A título de Restablecimiento en su Derecho que se ordené el pago SESENTA Y UN MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL DOSCIENTOSOCHO PESOS (\$61.211.208) por concepto de prestación de servicios médicos como consecuencia de accidentes de tránsito y eventos catastróficos de origen natural o eventos terroristas, como el ajuste del valor en virtud del artículo 187 de la Ley 1437/11.

Al respecto y de forma respetuosa, es preciso señalar que conforme a los artículos 48 y 49 de la Constitución de 1991, la seguridad social y la salud son servicios públicos a cargo del estado. Con este fin, es tarea del Estado basándose en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad desarrollar las labores de dirección, coordinación y control, de donde surge el deber de proteger el destino de los recursos. Por este motivo, se estableció una estricta y adecuada regulación normativa en materia de recobros y reclamaciones. Estos requisitos obedecen a exigencias indispensables para la acreditación de la prestación del servicio y una correcta destinación de los recursos. Con esta finalidad, las IPS y las EPS deben cumplir esta regulación para obtener su respectivo pago de los recobros que soliciten.

Bajo este contexto el trámite de lo pretendido por el demandante es el agotamiento del procedimiento para realizar las reclamaciones de indemnización señalado en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y la Resolución 1645 de 2016, en principio. En dichas disposiciones se encuentran previstos los términos dentro de los cuales es oportuno realizar la reclamación por vía administrativa, los requisitos que deben cumplir los reclamantes para elevar la solicitud y los términos con los que se cuenta para resolver las solicitudes de reclamación y realizar el pago.

En este sentido, las facturas que expiden las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) con destino al ADRES por los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito cuyo vehículo involucrado no sea identificado o no cuente con póliza SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social provienen de los recursos de la Subcuenta ECAT, esto en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



Lo anterior implica que el pago de las reclamaciones con cargo a la subcuenta ECAT se encuentran sujetas al cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley, lo cual garantiza el flujo adecuado de los recursos del sistema de salud, evitando fraudes y pagos indebidos.

Así las cosas, la reclamación es un **procedimiento administrativo** que se surte en las etapas de: **I.** Pre-radicación (art. 10, Resolución 1645 de 2016), **II.** Radicación (art. 13, Resolución 1645 de 2016), **III.** Auditoría integral (art. 16, Resolución 1645 de 2016), **IV.** Comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo (art. 20, Resolución 1645 de 2016), y **V.** pago (art. 26, Resolución 1645 de 2016). Y en el marco de dicho procedimiento, el ADRES adopta una de las siguientes decisiones: **APROBADO**, **APROBADO PARCIAL** o **NO APROBADO** (art. 18, Resolución 1645 de 2016).

En adición y en virtud del trámite, la entidad recogerá en una comunicación que contiene, entre otros datos: a) Fecha de expedición de la comunicación; b) *Número de paquete del cual hace parte la reclamación;* c) *Para persona natural, el detalle de todas las glosas aplicadas con su respectiva descripción y notas aclaratorias si las tiene. Para personas jurídicas, la ruta de acceso para consultar en la página web, el reporte del resultado de auditoría integral que incluirá el detalle de todas las reclamaciones, las glosas aplicadas a cada una de ellas o al ítem que corresponda con su respectiva descripción y notas aclaratorias si las tiene;* d) *El término de respuesta al resultado de la auditoría y la consecuencia jurídica que se generaría por no ejercer este derecho.* (art. 22, Resolución 1645 de 2016).

Contra la decisión del **ADRES**, es posible presentar una respuesta dentro de los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, precisando las razones de la inconformidad de la reclamación **SUBSANANDO** u **OBJETANDO** (art. 23, Resolución 1645 de 2016).

En conclusión, la reclamación no es una simple presentación de facturas, sino que constituye un verdadero **trámite administrativo** que busca garantizar el propósito de la **ADRES**, consistente en administrar las fuentes y el uso de los recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eficiencia, transparencia y calidad.

2. **Me opongo a la pretensión del numeral 2.3** de que se condene al pago de Intereses moratorios del capital de la pretensión primera, certificados por la Superintendencia Financiera, pues no constituye en sí, una pretensión, debido a que es un hecho incierto que debe ser requerido únicamente en el momento en que exista en contra de mi representada una sentencia judicial en firme; y teniéndose que, por haberse presentado reclamaciones sin cumplir con los requisitos formales para acreditar el derecho al pago, **ADRES**, no le adeuda al accionante, ningún valor reclamado a través de la presente acción, pues no existe obligación de pagar una reclamación cuando ésta no cumple con los requisitos necesarios para



acreditar el derecho al pago, 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.

En adición, se debe indicar que los intereses en el trámite de reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga, hoy ADRES, está regulado en el Decreto 056 de 2015 *“Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT”*, en particular por el inciso tercero del artículo 38, el cual indica:

*“El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, **pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas**, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.”*

Así las cosas, debe observarse que las normas taxativas y aplicables para reclamaciones de facturas con cargo a la subcuenta Ecat por accidentes de tránsito que no cuenten con póliza indica que sólo serán susceptibles de intereses las que no hubieren sido glosadas, y como se evidencia en las presentes reclamaciones, han sido glosadas en el trámite de auditoría por la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**

3. **Me opongo a la pretensión del numeral 2.4** de condena en costas. Al respecto, solicito respetuosamente al despacho no declarar la prosperidad de las mismas, en atención a que, como se ha venido indicando, el reconocimiento y pago de reclamaciones con cargo a los recursos del antiguo **FOSYGA** hoy **ADRES**, está supeditado a unos requisitos de carácter legal que impiden que se efectúen pagos respecto de reclamaciones que no cumplen con la totalidad de requisitos exigidos por la normatividad sobre el tema o que fueron presentadas fuera de los términos establecidos en la ley; en adición, es la parte demandante quien presenta cuentas con cargo a los recursos del **FOSYGA** hoy **ADRES**, y que, es su propio incumplimiento de los requisitos normativos para acreditar el derecho al mismo el que ocasionó la negación por parte del ente auditor.

III. FRENTE A LOS HECHOS:

AL HECHO PRIMERO Y SEGUNDO: NO ME CONSTA, La IPS tiene autonomía administrativa y por lo tanto ADRES no puede verificar este hecho.

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737

HECHO TERCERO: ES CIERTO.

DEL HECHO CUARTO AL DECIMO. PARCIALMENTE CIERTO, si bien no es de nuestro conocimiento si la IPS demandante prestó o no los servicios, revisado los documentos adjuntos con esta contestación de la demanda, se observa que las facturas presentadas se generó un número de reclamaciones para cada paciente en la cual se presentaron para cada uno una glosa que debía subsanar la IPS y por lo tanto a cada paciente relacionado pues este no agotó el procedimiento administrativo regulado.

Primero: En la Comunicación de Resultados de auditoría integral paquete No 25045 bajo el No. de Radicado 20201600149331 del 31 de diciembre de 2020 se presentó el siguiente resultado de la auditoría integral:

ESTADO	CANTIDAD RECLAMACIONES	VR. RECLAMADO\$	VR. APROBADO \$	VR. GLOSADO \$
Aprobada	0	0	0	0
Aprobada Parcial	12	193.515.668	158.426.996	35.088.672
SUBTOTAL APROBADAS	12	193.515.668	158.426.996	35.088.672
No aprobada	24	211.735.381	0	211.735.381
SUBTOTAL NO APROBADAS	24	211.735.381	0	211.735.381
TOTAL RECLAMACIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE	36	405.251.049	158.426.996	246.824.053

Fuente: Base de Datos SII_ECAT

No obstante, se precisa que en el listado relacionado encontramos los siguientes actos administrativos comunicación de resultados con información diferente:

Segundo: En la Comunicación de Resultados de auditoría integral paquete No 26094 bajo el No. de Radicado 20221600038331 del 03 de febrero de 2022 se presentó el siguiente resultado de la auditoría integral:



ESTADO	CANTIDAD RECLAMACIONES	VR. RECLAMADO\$	VR. APROBADO \$	VR. GLOSADO \$
Aprobada	2	1.055.104	1.055.104	--
Aprobada Parcial	8	35.134.529	17.920.226	17.214.303
SUBTOTAL APROBADAS	10	36.189.633	18.975.330	17.214.303
No aprobada	5	24.993.160	-	24.993.160
SUBTOTAL NO APROBADAS	5	24.993.160	-	24.993.160
TOTAL RECLAMACIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE	15	61.182.793	18.975.330	42.207.463

Fuente: Base de Datos SII_ECAT

Tercero: En la Comunicación de Resultados de auditoría integral paquete No. 27049 bajo el No. de Radicado 20221601558621 del 26 de septiembre de 2022 se presentó el siguiente resultado de la auditoria integral:

ESTADO	CANTIDAD RECLAMACIONES	VR. RECLAMADO\$	VR. APROBADO \$	VR. GLOSADO \$
Aprobada	11	1.481.269	1.481.269	--
Aprobada Parcial	13	35.056.345	30.469.855	4.586.490
SUBTOTAL APROBADAS	24	36.537.614	31.951.124	4.586.490
No aprobada	14	79.157.207	-	79.157.207
SUBTOTAL NO APROBADAS	14	79.157.207	-	79.157.207
TOTAL RECLAMACIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE	38	115.694.821	31.951.124	83.743.697

Fuente: Base de Datos SII_ECAT

Cuarto: En la Comunicación de Resultados de auditoría integral paquete No. 27051 bajo el No. de Radicado 20221601732651 del 20 de octubre de 2022 se presentó el siguiente resultado de la auditoria integral:

ESTADO	CANTIDAD RECLAMACIONES	VR. RECLAMADO\$	VR. APROBADO \$	VR. GLOSADO \$
Aprobada	9	837.800	837.800	--
Aprobada Parcial	20	141.961.142	113.859.706	28.101.436
SUBTOTAL APROBADAS	29	142.798.942	114.697.506	28.101.436
No aprobada	14	78.891.639	-	78.891.639
SUBTOTAL NO APROBADAS	14	78.891.639	-	78.891.639
TOTAL RECLAMACIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE	43	221.690.581	114.697.506	106.993.075

Fuente: Base de Datos SII_ECAT

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



Quinto: En la Comunicación de Resultados de auditoría integral paquete No. 28022 bajo el No. de Radicado 20234300683911 del 26 de junio de 2023 se presentó el siguiente resultado de la auditoría integral:

ESTADO	CANTIDAD RECLAMACIONES	VR. RECLAMADOS\$	VR. APROBADO \$	VR. GLOSADO \$
Aprobada	6	4.440.380,00	4.440.380,00	--
Aprobada Parcial	15	36.374.088,00	20.339.372,80	16.034.715,20
SUBTOTAL APROBADAS	21	40.814.468,00	24.779.752,80	16.034.715,20
No aprobada	30	45.332.330,00	-	45.332.330,00
SUBTOTAL NO APROBADAS	30	45.332.330,00	-	45.332.330,00
TOTAL RECLAMACIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE	51	86.146.798,00	24.779.752,80	61.367.045,20

Fuente: Base de Datos SII ECAT

SE DEBE ENFATIZAR QUE EN ESTOS 5 ACTOS ADMINISTRATIVOS RELACIONADOS AL LISTADO DE RECLAMACIONES QUE INDICAN EN EL ESCRITO DE LA DEMANDA, FUERON ALGUNOS NO APROBADOS Y LA IPS DEMANDANTE NO SUBSANÓ ESTAS GLOSAS, POR LO TANTO NO DEBEN SER TOMADO COMO CIERTOS ESTOS HECHOS Y ASI MISMO DESESTIMAR LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA NO SON CLARAS.

Sin embargo, se precisa la responsabilidad de pago se encuentra condicionada al trámite de auditoría integral y radicación cobijado por el Decreto 056 de 2015 y la Resolución 1645 de 2016.

Lo anterior implica que el pago de las reclamaciones con cargo a la subcuenta ECAT se encuentran sujetas al cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley, lo cual garantiza el flujo adecuado de los recursos del sistema de salud, evitando fraudes y pagos indebidos.

Así las cosas, la reclamación es un **procedimiento administrativo** que se surte en las etapas de: **I.** Pre-radicación (art. 10, Resolución 1645 de 2016), **II.** Radicación (art. 13, Resolución 1645 de 2016), **III.** Auditoría integral (art. 16, Resolución 1645 de 2016), **IV.** Comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo (art. 20, Resolución 1645 de 2016), y **V.** pago (art. 26, Resolución 1645 de 2016). Y en el marco de dicho procedimiento, el ADRES adopta una de las siguientes decisiones: **APROBADO**, **APROBADO PARCIAL** o **NO APROBADO** (art. 18, Resolución 1645 de 2016).

En adición y en virtud del trámite, la entidad recogerá en una comunicación que contiene, entre otros datos: a) Fecha de expedición de la comunicación; b) *Número de paquete del cual hace parte la reclamación*; c) *Para persona natural, el detalle de todas las glosas aplicadas con su respectiva descripción y notas aclaratorias si las tiene. Para personas jurídicas, la ruta de acceso para consultar en la página web, el reporte del resultado de auditoría integral que incluirá el detalle de todas las reclamaciones, las glosas aplicadas a cada una de ellas o al ítem que corresponda con su respectiva descripción y notas aclaratorias si las tiene*; d) *El término de respuesta al resultado de la auditoría y la consecuencia jurídica que se generaría por no ejercer este derecho.* (art. 22, Resolución 1645 de 2016).

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16
Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 4322760
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



Contra la decisión del **ADRES**, es posible presentar una respuesta dentro de los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, precisando las razones de la inconformidad de la reclamación **SUBSANANDO** u **OBJETANDO** (art. 23, Resolución 1645 de 2016).

En conclusión, la reclamación no es una simple presentación de facturas, sino que constituye un verdadero **trámite administrativo** que busca garantizar el propósito de la **ADRES**, consistente en administrar las fuentes y el uso de los recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eficiencia, transparencia y calidad.

Se informa al despacho que la simple presentación de facturas no genera el compromiso de pago, y esto, se encuentra jurisprudencialmente referenciado en sendos autos proferidos por la H. Corte Constitucional que ha estudiado el trámite de reclamaciones de facturas con cargo a la Subcuenta ECAT, facturas que reclama la ejecutante.

Por otro lado, se puede verificar que las facturas pretendidas en pago se derivan de servicios de salud por accidentes de tránsito cuyo vehículo involucrado no sea identificado o no cuente con póliza SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social que provienen de los recursos de la Subcuenta ECAT, esto en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y el procedimiento administrativo de reconocimiento regulado en el Decreto 1281 de 2002, Decreto 056 de 2015 y la Resolución 1645 de 2016. **Los soportes administrativos de cada paciente con su respectiva glosa se adjuntan en este escrito de Contestación de Demanda.**

Las facturas pretendidas en pago no son exigibles a la administración, en este caso, representada en la ADRES, por cuanto carecen de aceptación de la entidad por la imposición de glosas, al no reunir los requisitos previstos en la normatividad vigente.

En este sentido, nos remitimos al **Auto 861** del veintisiete (27) de octubre de dos mil veintiuno (2021) en el **Expediente CJU-392**, en el que la H. Corte Constitucional estudia el procedimiento administrativo de reclamaciones e indica en las consideraciones 3.9, 3.10 y 3.11 que:

*«3.9 Sin embargo, a pesar de que se trata de trámites distintos, puede entenderse que los dos constituyen procedimientos administrativos. En ambos casos, después de tramitada la solicitud y la auditoría, la ADRES puede aprobar o rechazar el pago de las sumas en controversia, **consolidando o negando con ello la existencia de la obligación**. Cabe mencionar que en el marco de este proceso, se otorga un tiempo a las entidades para responder a las glosas que la ADRES hace, en un caso, a “los recobros presentados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS)” y, en el otro a “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)”.*

3.10 Dicha declaración de voluntad de la ADRES, pese a que no tiene la denominación formal de resolución o decreto, materialmente presenta las características de un acto administrativo, pues produce



efectos jurídicos, en la medida en que: (i) es expedida por la autoridad competente; (ii) cuenta con una motivación respecto a la información de cantidad y valor de las reclamaciones, las causales de la glosa, el resultado de la auditoría integral, la relación de los ítems aprobados y las causales de no aprobación; (iii) respeta el principio de publicidad pues debe ser puesto en conocimiento de la IPS y (iv) puede ser impugnada a través del trámite de objeción.

3.11 En este sentido, la segunda premisa se cumple también en el presente caso, puesto que el pronunciamiento de la ADRES en que niega el pago de las reclamaciones goza del mismo carácter de acto administrativo en cabeza de una entidad pública que aquel en que se niega el pago de los recobros. Lo anterior, puesto que, al proferir la decisión referida, la ADRES crea una situación jurídica concreta para la IPS, en el sentido de aceptar o rechazar el pago de los servicios prestados a pacientes que entran en la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT-.» negrilla fuera de texto

En conclusión, se informa al despacho que la imposición de glosas a las facturas pretendidas de pago impone a la IPS demandante una situación jurídica concreta y es la falta de reconocimiento de las reclamaciones presentadas, en otras palabras, a través de actos administrativos se negó la existencia de las obligaciones pretendidas.

Se informa al Despacho que la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES** no puede estar en mora de obligaciones que no ha sido reconocidas a través del procedimiento administrativo de reclamaciones de acuerdo con el Decreto 056 de 2015 y la Resolución 1645 de 2016.

Y conforme a lo anterior, se evidencia que la IPS ante cada paciente relacionados en los hechos del escrito de la demanda no subsana las glosas, por lo cual el procedimiento administrativo regulado fue acatado por ADRES y este se rige por normas de derecho público, lo cual implica el cabal y estricto cumplimiento a la normatividad aplicable en el presente asunto.

IV. DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO DE RECLAMACIONES

El artículo 167 de la Ley 100 de 1993 reconoce el derecho que tienen los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud para recibir atención de urgencias que se generan en accidentes de tránsito, accidentes terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, catástrofes naturales y otros eventos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el mismo sentido la atención de los servicios médicos asistenciales y quirúrgicos, la indemnización por incapacidad permanente y muerte y los gastos funerarios y transporte al centro asistencial. Esta obligación surge de manera legal, es decir, la establece la ley, lo que traduce que la administración constituyo un procedimiento administrativo especial para determinar la procedencia de estos reconocimientos, por tanto, está obligada a verificar que las entidades recobrantes cumplan a cabalidad con estos requisitos normativos.



Así las cosas, desde la expedición del Decreto 3990 de 2007 se establecieron las condiciones necesarias para la reglamentación de este procedimiento administrativo y que las EPS y/o IPS se ciñeran a cada uno de los requisitos en virtud de las reclamaciones derivadas de las atenciones médicas por servicios de salud ECAT.

Posteriormente con la expedición del Decreto 056 de 2015 Compilado en el Decreto 780 de 2016, se fija las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud y finalmente mediante la expedición de la Resolución 1645 de 2016 se modificó el procedimiento para el trámite de estas reclamaciones. Es decir, que la obligación del pago de estos servicios e indemnizaciones en virtud de los Riesgos catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT, nace a partir de la expedición de esta normativa, con la finalidad de garantizar en cierta medida el derecho a la salud e indemnizar a las víctimas de estos accidentes, siempre y cuando se cumplan con las condiciones específicas, definidas en la normativa señalada.

Es importante aclarar que, así como la norma define la calidad de víctima en un accidente de tránsito o evento catastrófico, y faculta a la persona para tal fin, del mismo modo, la norma faculta a las IPS para que efectúen estas reclamaciones ante esta Administradora a través de un procedimiento administrativo establecido para tal fin.

Si bien, las reclamaciones presentadas por la IPS culminaron el trámite de auditoría integral, su resultado fue negativo, pues no acreditó en debida forma el derecho a su reconocimiento, al incumplir de manera sustancial los requisitos establecidos en la normativa mencionada.

Primero: En la Comunicación de Resultados de auditoría integral paquete No 25045 bajo el No. de Radicado 20201600149331 del 31 de diciembre de 2020 se presentó el siguiente resultado de la auditoria integral:.

ESTADO	CANTIDAD RECLAMACIONES	VR. RECLAMADO\$	VR. APROBADO \$	VR. GLOSADO \$
Aprobada	0	0	0	0
Aprobada Parcial	12	193.515.668	158.426.996	35.088.672
SUBTOTAL APROBADAS	12	193.515.668	158.426.996	35.088.672
No aprobada	24	211.735.381	0	211.735.381
SUBTOTAL NO APROBADAS	24	211.735.381	0	211.735.381
TOTAL RECLAMACIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE	36	405.251.049	158.426.996	246.824.053

Fuente: Base de Datos SII_ECAT

No obstante, se precisa que en el listado relacionado encontramos los siguientes actos administrativos comunicación de resultados con información diferente:

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



Segundo: En la Comunicación de Resultados de auditoría integral paquete No 26094 bajo el No. de Radicado 20221600038331 del 03 de febrero de 2022 se presentó el siguiente resultado de la auditoria integral:

ESTADO	CANTIDAD RECLAMACIONES	VR. RECLAMADO\$	VR. APROBADO \$	VR. GLOSADO \$
Aprobada	2	1.055.104	1.055.104	--
Aprobada Parcial	8	35.134.529	17.920.226	17.214.303
SUBTOTAL APROBADAS	10	36.189.633	18.975.330	17.214.303
No aprobada	5	24.993.160	-	24.993.160
SUBTOTAL NO APROBADAS	5	24.993.160	-	24.993.160
TOTAL RECLAMACIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE	15	61.182.793	18.975.330	42.207.463

Fuente: Base de Datos SII_ECAT

Tercero: En la Comunicación de Resultados de auditoría integral paquete No. 27049 bajo el No. de Radicado 20221601558621 del 26 de septiembre de 2022 se presentó el siguiente resultado de la auditoria integral:

ESTADO	CANTIDAD RECLAMACIONES	VR. RECLAMADO\$	VR. APROBADO \$	VR. GLOSADO \$
Aprobada	11	1.481.269	1.481.269	--
Aprobada Parcial	13	35.056.345	30.469.855	4.586.490
SUBTOTAL APROBADAS	24	36.537.614	31.951.124	4.586.490
No aprobada	14	79.157.207	-	79.157.207
SUBTOTAL NO APROBADAS	14	79.157.207	-	79.157.207
TOTAL RECLAMACIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE	38	115.694.821	31.951.124	83.743.697

Fuente: Base de Datos SII_ECAT

Cuarto: En la Comunicación de Resultados de auditoría integral paquete No. 27051 bajo el No. de Radicado 20221601732651 del 20 de octubre de 2022 se presentó el siguiente resultado de la auditoria integral:

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



ESTADO	CANTIDAD RECLAMACIONES	VR. RECLAMADOS\$	VR. APROBADO \$	VR. GLOSADO \$
Aprobada	9	837.800	837.800	--
Aprobada Parcial	20	141.961.142	113.859.706	28.101.436
SUBTOTAL APROBADAS	29	142.798.942	114.697.506	28.101.436
No aprobada	14	78.891.639	-	78.891.639
SUBTOTAL NO APROBADAS	14	78.891.639	-	78.891.639
TOTAL RECLAMACIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE	43	221.690.581	114.697.506	106.993.075

Fuente: Base de Datos SII ECAT

Quinto: En la Comunicación de Resultados de auditoría integral paquete No. 28022 bajo el No. de Radicado 20234300683911 del 26 de junio de 2023 se presentó el siguiente resultado de la auditoría integral:

ESTADO	CANTIDAD RECLAMACIONES	VR. RECLAMADOS\$	VR. APROBADO \$	VR. GLOSADO \$
Aprobada	6	4.440.380,00	4.440.380,00	--
Aprobada Parcial	15	36.374.088,00	20.339.372,80	16.034.715,20
SUBTOTAL APROBADAS	21	40.814.468,00	24.779.752,80	16.034.715,20
No aprobada	30	45.332.330,00	-	45.332.330,00
SUBTOTAL NO APROBADAS	30	45.332.330,00	-	45.332.330,00
TOTAL RECLAMACIONES INCLUIDAS EN EL PAQUETE	51	86.146.798,00	24.779.752,80	61.367.045,20

Fuente: Base de Datos SII ECAT

SE DEBE ENFATIZAR QUE EN ESTOS 5 ACTOS ADMINISTRATIVOS RELACIONADOS AL LISTADO DE RECLAMACIONES QUE INDICAN EN EL ESCRITO DE LA DEMANDA, FUERON ALGUNOS NO APROBADOS Y LA IPS DEMANDANTE NO SUBSANÓ ESTAS GLOSAS, POR LO TANTO, NO DEBEN SER TOMADOS COMO CIERTOS ESTOS HECHOS Y ASI MISMO DESESTIMAR LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA NO SON CLARAS.

Dentro del estudio de cada caso o paciente se evidencia que cada glosa impuesta en virtud del procedimiento administrativo, no fue subsanada por la IPS demandante por lo anterior se adjunta el expediente administrativo resultado de cada estudio de cada paciente presentado por la IPS.

V. FUNDAMENTOS DE LA DEFENSA

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



- **DEL PROCEDIMIENTO PARA RECLAMAR POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS Y TERRORISTAS**

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha previsto la cobertura para la atención de víctimas de accidentes de tránsito, de riesgos catastróficos de origen natural y eventos terroristas según lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.

Ahora bien, el procedimiento para realizar las reclamaciones de indemnización se encuentra señalado en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016, principalmente. En dichas disposiciones se encuentran previstos los términos dentro de los cuales es oportuno realizar la reclamación por vía administrativa, los requisitos que deben cumplir los reclamantes para elevar la solicitud y los términos con los que cuenta para resolver la solicitud de reclamación y realizar el pago.

Así, con el propósito de establecer si se encuentra o no acreditado el derecho al pago, una vez radicada la solicitud de reclamación con todos los soportes, el ente auditor realiza una auditoría integral médica, jurídica y financiera.

Como resultado de dicha auditoría, es posible obtener la aprobación total o parcial del pago o la negación de este, en este último caso, por no encontrarse acreditado el derecho y/o por no haberse presentado dentro de los términos normativos, en consonancia con el principio de eficiencia que debe regir el Sistema General de Seguridad Social Integral, consagrado en el artículo 2 de la Ley 100 de 1993.

En consecuencia, si las reclamaciones no cumplen con los requisitos legales establecidos para su presentación y radicación, se imposibilita su aprobación en el proceso de auditoría integral.

Cabe resaltar, que la sola radicación de la solicitud no da derecho al pago, toda vez que la firma auditora debe verificar la procedencia del reconocimiento, para que no se origine un pago indebido o incorrecto, situación que llevaría a una mala utilización de los recursos del sistema general en seguridad social en salud.

- **EL PRINCIPIO DE LEGALIDAD DEL GASTO PÚBLICO Y DE LA BUENA FE EN LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:**

Por ser aplicable a la materia objeto del presente debate, resulta pertinente la Jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional plasmada en la Sentencia C-428 de 2002, Magistrado Ponente, doctor Rodrigo Escobar Gil, en la cual frente a las cargas que las citadas disposiciones imponen a los particulares para el cumplimiento de las sentencias, determinó, entre otras cosas, lo siguiente:

«4.2.1. En torno al tema de la responsabilidad patrimonial del Estado, cabe precisar que los artículos 345 y 346 de la Constitución Política, relativos al presupuesto, consagran lo que la doctrina y la jurisprudencia han llamado el principio de legalidad del gasto público, en virtud del cual, el recaudo y aplicación de los



dineros estatales deben manejarse de conformidad con reglas y procedimientos predeterminados y contables, de manera que, para que una erogación pueda ser efectivamente realizada, tiene que haber sido previamente decretada por ley, ordenanza o acuerdo, e incluida dentro del respectivo presupuesto¹.

Ciertamente, conforme lo determinan en su orden las disposiciones superiores antes citadas, no se podrán hacer erogaciones con cargo al tesoro que no se encuentren previstas en el presupuesto de gastos y no hayan sido aprobadas por el Congreso, las asambleas departamentales y los consejos municipales, ni incluir partida alguna en la ley de apropiaciones que no corresponda a un crédito judicialmente reconocido, a un gasto decretado conforme a una ley anterior, a uno propuesto por el gobierno para atender el funcionamiento de las ramas del poder público, el servicio de la deuda, o a dar cumplimiento al plan nacional de desarrollo. Sobre la importancia de este principio en el manejo del gasto público, ha dicho la jurisprudencia constitucional que:

El proceso presupuestal que rige para el conjunto de las entidades públicas se inspira en el principio de legalidad, de profunda raigambre democrática, en cuya virtud se reserva a un órgano de representación popular la decisión final sobre el universo de los egresos e ingresos estatales. (Sentencia C-553/93, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz).

4.2.2. En relación con el alcance del principio de legalidad, también la Corte ha venido señalando que el mismo “constituye uno de los fundamentos más importantes de las democracias constitucionales”², ya que se erige en un mecanismo de control político de los órganos de representación popular sobre el ejecutivo en materia presupuestal; de manera que, “si bien al ejecutivo [en sus distintos niveles] corresponde presentar anualmente el proyecto de ley anual de presupuesto, y ejecutarlo, la aprobación por parte del Congreso [y demás organismos de representación popular] de las rentas y gastos que habrán de percibirse y ejecutarse, tiene el alcance de limitar las facultades gubernamentales en materia presupuestal y asegurar la correspondencia de su ejercicio con los objetivos de planificación concertados en el Congreso, que por su conformación pluralista permite la expresión de las diferentes corrientes de pensamiento e intereses nacionales.³

4.2.3. En los términos precedentes, no sobra advertir, para lo que interesa resolver en este asunto, que la responsabilidad patrimonial del Estado, derivada del reconocimiento de créditos judiciales en su contra, está entonces sometida al principio de legalidad del gasto público, por lo que la ejecución y cumplimiento de tales créditos debe cumplirse siempre en el marco del proceso presupuestal diseñado para el efecto, y en los términos definidos por la ley.»

Conforme a la Jurisprudencia de la Corte Constitucional, que hace primar en el cumplimiento de las sentencias, el principio

¹ Cfr., entre otras, las Sentencias C-553/93, C-685/96 y C-197/2001.

² Sentencia C-685/96, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

³ Sentencia C-442/2001, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

de legalidad del gasto, y conforme al cual los particulares beneficiarios de las mismas, correlativamente deben cumplir unos requisitos, no puede comprenderse que esta Entidad, se sustraiga al cumplimiento de las normas que regulan la ejecución, habida cuenta que su cumplimiento exige la sujeción al proceso presupuestal y como tal, la programación, adición y consecuente ordenación del gasto.

Con mayor razón si se tiene en cuenta que cualquier clase de reclamación o que deba satisfacerse o financiarse debe someterse al procedimiento legal que permita auditarla, verificarla y determinar la procedencia de su pago con el fin de garantizar la correcta y específica destinación de los recursos de la seguridad social.

De otra parte, para su ejecución, una vez surtido el trámite de auditoría, exige la ordenación del gasto por parte de la ADRES, pues no es un proceso automático y el mismo está regulado en la Ley Orgánica del Presupuesto.

Así mismo, por tratarse de recursos públicos, respecto de la buena fe que a su vez deriva del principio de legalidad del gasto público, la Honorable Corte Constitucional en la precitada sentencia que se reitera aplica al presente debate, ha considerado que éste se predica tanto de la administración como de los particulares y se ha entendido como «el deber moral y jurídico de ceñir sus actuaciones a los postulados que la orientan -lealtad y honestidad-», tanto en el ejercicio de sus derechos como en el cumplimiento de sus obligaciones, indicando sobre el particular:

«5.3.6. Por lo demás, en punto a la presunta violación de los principios de la buena fe y la autonomía e independencia judicial, no resultan válidos los cuestionamientos que se aducen en la demanda. En relación con lo primero, por cuanto se ha sostenido hasta la saciedad que el contenido normativo del inciso acusado persigue un fin legítimo amparado por la Constitución, como es la defensa del patrimonio público y del interés de la comunidad, y que frente al particular la colaboración exigida además de propender también por su propio beneficio, lo que exige de éste es una actitud diligente, honesta y leal a la cual está obligado, incluso, por el mismo principio de la buena fe.

La buena fe, lo ha dicho esta Corporación, constituye un principio general de derecho a través del cual se integra el ordenamiento jurídico con el valor ético de la mutua confianza, de manera que sea ésta la regla de conducta a la que deben acogerse en forma recíproca los sujetos de una relación jurídica, no solo en el ejercicio de sus derechos sino también en el cumplimiento de sus obligaciones. En este sentido, la buena fe, como fuente de derechos y obligaciones, le impone tanto a las autoridades públicas como a los particulares, “el deber moral y jurídico de ceñir sus actuaciones a los postulados que la orientan -lealtad y honestidad-”⁴, siendo precisamente este objetivo el que se persigue con la previsión dispuesta en la norma impugnada: despertar en el particular beneficiario de una condena judicial, el sentido de colaboración frente a la administración pública.»

Este principio no puede observarse en forma aislada a la naturaleza de los recursos que financian el Sistema de Seguridad Social en Salud, que se reitera son públicos y que en virtud de lo dispuesto en el artículo 48 Superior son de destinación específica, ni de la especial protección que respecto de estos ordena el Decreto Ley 1281 de 2002, que imponen en el trámite de reconocimiento de los s y reclamaciones el despliegue de la actividad de auditoría. Veamos por qué:

⁴ Sentencia C-892/2001.

El artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002 contiene normas dirigidas precisamente a garantizar que los reconocimientos a que hubiere lugar sean tramitados en debida forma:

«ARTÍCULO 13. TÉRMINOS PARA COBROS O RECLAMACIONES CON CARGO A RECURSOS DEL FOSYGA⁵. Sin perjuicio de los términos establecidos para el proceso de compensación en el régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud, con el fin de organizar y controlar el flujo de recursos del Fosyga, cualquier tipo de cobro o reclamación que deba atenderse con recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga deberá tramitarse en debida forma ante su administrador fiduciario dentro de los seis meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda. En consecuencia, no podrá efectuarse por vía administrativa su reconocimiento con posterioridad al término establecido. (...) La reclamación o trámite de cobro de las obligaciones generadas con cargo a los recursos del Fosyga, antes de la entrada en vigencia del presente decreto, deberán presentarse dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de este decreto.»

Asimismo, el artículo 14 del Decreto Ley 1281 de 2002, dispone que la se debía acompañar a la reclamación, la documentación e información soportes respectivos:

«ARTÍCULO 14. FACTURACIÓN Y MONTOS MÍNIMOS DE RECLAMACIONES CON CARGO A LA SUBCUENTA ECAT DEL FOSYGA. Ante el administrador fiduciario del Fosyga sólo se tramitarán reclamaciones cuyo monto supere un cuarto del salario mínimo mensual legal vigente.

Para las reclamaciones o cobros por atenciones cuyo costo sea igual o inferior a un cuarto de salario mínimo mensual vigente, las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, presentarán una única reclamación mensual para la totalidad de los pacientes, acompañando una relación de ellos, suscrita por el representante legal y el revisor fiscal de la entidad, si lo hubiere, con la documentación e información soporte que establezca el Ministerio de Salud.»

Igualmente, el propósito buscado por las anteriores normas jurídicas no es otro que evitar fraudes y pagos indebidos en atención a los recursos objeto de administración por parte del Fosyga, en efecto, el artículo 15 del Decreto Ley 1281 de 2012, dispone:

«ARTÍCULO 15. PROTECCIÓN DE LOS RECURSOS DEL FOSYGA. Sin perjuicio de las directrices que impartan el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, corresponde al administrador fiduciario del Fosyga adoptar todos los mecanismos a su alcance y proponer al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los que considere indispensables para proteger debidamente los recursos del Fosyga, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos.

En los trámites de cobro o reclamación ante el Fosyga no se aceptarán intermediarios, salvo los casos de poder debidamente otorgado y reconocido a profesionales del derecho. Los giros o pagos siempre se efectuarán directamente al beneficiario debidamente identificado, localizado y, en lo posible, a través de cuentas a nombre de éstos en entidades vigiladas por el Superintendencia Bancaria.

⁵ Modificado por el art. 111, Decreto Nacional 019 de 2012.



En los trámites de cobro o reclamación ante el Fosyga sólo se aceptarán fotocopias como soporte, cuando no sea posible aportar el original y la simple fotocopia no genere duda sobre la veracidad de los hechos a ser demostrados con ella.»

Conforme a las citadas disposiciones del Decreto Ley 1281 de 2002 relativas al flujo de caja y utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector, así como lo dispuesto en el Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016, principalmente, los cuales prevén las condiciones para el reconocimiento de servicios médico – quirúrgicos prestados por esa entidad a una o varias víctimas de accidente de tránsito, de eventos catastróficos y de eventos terroristas con cargo a la Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, y determinan que todas las reclamaciones y s que pretendan satisfacerse y financiarse con cargo a los recursos, deben surtir el proceso de recepción, análisis, pago o devolución y la revisión minuciosa tanto jurídica, médica, administrativa y financiera de los soportes y las condiciones en las cuales se realiza la reclamación que llevan a concluir la pertinencia de reconocer o rechazar los valores reclamados, y con lo cual se garantiza la adecuada utilización y flujo de los recursos del sector salud.

De otra parte, el establecimiento de las condiciones para la reclamación por las normas mencionadas no obedece a otra finalidad que la de estandarizar un mínimo de requisitos con los cuales se puedan determinar características que le den viabilidad a la reclamación como la obligación de pago en mención, su pertinencia y otra serie de aspectos que permiten dar un concepto favorable de auditoría, que no afecte los recursos del Sistema haciendo pagos indebidos.

- **SERVICIOS DE SALUD, INDEMNIZACIONES Y GASTOS A RECONOCER A LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y RIESGOS CATASTRÓFICOS.**

El Decreto 780 de 2016 en su artículo 2.6.1.4.1.3 establece los servicios de salud y las prestaciones económicas a las que tienen derecho las personas que sufran daños corporales causados en un evento catastrófico de origen natural, evento terrorista o en accidentes de tránsito ocurridos en el territorio nacional, bien sea con cargo a la entidad aseguradora que hubiere expedido el SOAT, respecto de los daños causados por el vehículo automotor asegurado y descrito en la carátula de la póliza, o con cargo a la Subcuenta Ecat del Fosyga ahora ADRES, para las víctimas de accidentes de tránsito de vehículos no asegurados o no identificados; éstos servicios de salud y prestaciones económicas son:

- Servicios médico-quirúrgicos (Se reconoce a la Institución Prestadora de Salud que acredite haber prestado los servicios de salud).
- Gastos de Transporte y movilización al establecimiento hospitalario o clínico.
- Indemnización por incapacidad permanente.
- Indemnización por muerte.
- Gastos funerarios.

Los servicios médico-quirúrgicos comprenden las siguientes actividades:

- Atención de urgencias

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16
Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 4322760
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



- Hospitalización o Suministro de material médico quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis
- Suministro de medicamentos
- Tratamiento y procedimientos quirúrgicos
- Servicios de Diagnóstico
- Rehabilitación

- ***NORMATIVIDAD FRENTE A LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 2.6.1.4.1.3 DEL DECRETO 780 DE 2016.***

De conformidad con el artículo 17 del Decreto 1429 de 2016, el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por concepto de los servicios de salud determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en asocio a las víctimas de accidentes de tránsito que frente a los casos expresamente determinados por la ley eran reconocidas por el extinto FOSYGA, actualmente son competencia de la ADRES.

Las prestaciones económicas de indemnización por incapacidad permanente, por muerte y los gastos funerarios sólo se otorgarán con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía ahora ADRES cuando se trate de víctimas no afiliadas al Sistema General de Pensiones o al Sistema de Riesgos Profesionales, según sea el caso.

- ***Indemnización por Muerte y Gastos Funerarios***

En el caso de muerte como consecuencia de un evento catastrófico o de un accidente de tránsito, el Decreto 780 de 2016 señala:

«Artículo 2.6.1.4.2.11. Indemnización por muerte y gastos funerarios. Es el valor a reconocer a los beneficiarios de la víctima que haya fallecido como consecuencia de un accidente de tránsito, de un evento terrorista, de un evento catastrófico de origen natural u otro evento aprobado

Parágrafo. En el caso de los accidentes de tránsito, para proceder al reconocimiento y pago de la indemnización por muerte y gastos funerarios a los beneficiarios, la muerte de la víctima debió haber ocurrido dentro del año siguiente a la fecha de la ocurrencia del accidente en comento.»

(Artículo 17 del Decreto 56 de 2015)

En materia de valor a pagar y responsables frente al reconocimiento del pago de la indemnización por muerte y gastos funerarios por víctima, el Decreto 780 de 2016 señala:

«Artículo 2.6.1.4.2.13. Valor a pagar y responsable del pago. Se reconocerá y pagará una sola indemnización por muerte y gastos funerarios por víctima, en cuantía equivalente a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales diarios vigentes (smlgv) al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito, del evento terrorista del evento catastrófico de origen natural o del aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad



de Consejo de Administración del Fosyga.

La indemnización por muerte y gastos funerarios será cubierta por:

- a). La compañía de seguros cuando se trate de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado esté amparado por una póliza de SOAT;
- b). La Subcuenta ECAT del Fosyga cuando se trate de un accidente de tránsito ocasionado por un vehículo no identificado, un vehículo sin póliza de SOAT, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.»

(Artículo 19 del Decreto 56 de 2015)

- **Legitimados para reclamar:**

En materia de legitimados para reclamar y términos frente al reconocimiento del pago, y demás temáticas afines el Decreto 780 de 2016 señaló lo siguiente:

«Artículo 2.6.1.4.2.12. Beneficiarios y legitimados para reclamar. Se considerará beneficiario y legitimado para reclamar la indemnización por muerte y gastos funerarios, el cónyuge o compañero (a) permanente de la víctima, en la mitad de la indemnización y sus hijos en la otra mitad, distribuida en partes iguales. De no haber hijos, la totalidad de la indemnización corresponderá al cónyuge o compañero (a) permanente; de no existir alguno de los anteriores, serán beneficiarios los padres y a falta de ellos los hermanos de la víctima.»

(Artículo 18 del Decreto 56 de 2015)

«Artículo 2.6.1.4.2.14. Término para presentar la reclamación. La reclamación por muerte y gastos funerarios deberá presentarse en el siguiente término: -

- a). Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012, dentro del año siguiente a la fecha de fallecimiento de la víctima que se señala en su Registro Civil de Defunción;
- b). Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.»

(Artículo 20 del Decreto 56 de 2015)

Aclarado el anterior panorama, es necesario abordar el trámite de auditoría que deben surtir los documentos después del fallecimiento de una persona natural, tal como sucede en el asunto que hoy nos convoca.

- **TRÁMITE PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PAGO DE RECLAMACIONES**

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16

Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia

Conmutador: (+57) 601 4322760

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



El Decreto 780 de 2016 establece que para el reconocimiento y pago de las reclamaciones derivadas de accidentes de tránsito, se debe realizar la presentación de una solicitud, que anteriormente se radicaba ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se definiera para el efecto, hoy ADRES, acompañada de una serie de documentos que se detallan en el formulario de reclamación dispuesto legalmente para el efecto, los cuales deben ser objeto de verificación, según lo previsto en el artículo 2.6.1.4.3.10 del Decreto mencionado, para lo cual se estudia su procedencia, cuantía, presentación dentro del término, conforme a la legislación que igualmente regulaba la materia para la fecha de ocurrencia del evento en asocio con la fecha de presentación de la reclamación y si la misma ha sido pagada con anterioridad. Finalmente, el artículo 2.6.1.4.3.12, ibidem dispuso que se pagaría dentro del mes siguiente a la fecha de cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, únicamente aquellas reclamaciones que no hubiesen sido glosadas.

Como se observa, el Gobierno Nacional en ejercicio de su facultad constitucional y en desarrollo del artículo 167 de la Ley 100 de 1993, estableció los parámetros para el reconocimiento y pago de los servicios de salud y demás prestaciones derivadas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito a cargo de la Subcuenta ECAT del FOSYGA, sujetando el pago de aquellos, a la presentación de una reclamación que debe agotar un proceso de auditoría, y como producto de la misma obtener un estado de aprobación.

En este sentido, con el propósito de adelantar dicha auditoría, el Ministerio de Salud y Protección Social suscribió diferentes contratos. Al respecto, en el año 2011, suscribió con la Unión Temporal Nuevo Fosyga el Contrato 055 del 23 de diciembre de 2011, posteriormente suscribió con la Unión Temporal Fosyga 2014 (UTF2014), el contrato 043 del 10 de diciembre de 2013, y posteriormente con la entrada en vigor de la ADRES, esta suscribió contrato 080 de 2018 con la UT Auditores en salud.

Este contrato contaba con su correspondiente interventoría, la cual se ejercía por la sociedad JAHV MCGREGOR S.A., AUDITORES Y CONSULTORES, en el marco del contrato 103 de 2012 suscrito el 16 de diciembre de 2012 cuyo objeto era: “Efectuar la interventoría al contrato de Administración Fiduciaria de los recursos del FOSYGA y al contrato de auditoría en salud, jurídica y financiera de las reclamaciones por los beneficios con cargo a la Subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito – ECAT (...)”

Ahora bien, antes de la entrada en operación de la ADRES, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, autorizaba la ordenación de pago y autorización de giro de las reclamaciones ECAT que hubieren surtido el proceso de auditoría, debidamente certificado por los diferentes actores involucrados en el mismo, como son la firma auditora Unión Temporal Fosyga 2014 y la firma interventora JAHV MCGREGOR S.A., AUDITORES Y CONSULTORES.

Seguidamente el Consorcio SAYP 2011, quien actuaba como administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA hasta el 31 de julio de 2017, en virtud del Contrato 467 de 2011 suscrito con el enunciado Ministerio, procedía al respectivo pago de las reclamaciones ECAT, funciones que de conformidad con el artículo 17 del Decreto 1429 de 2016, actualmente son competencia de la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES.

Conforme lo anterior, las víctimas de que trata la Parte 6, Título 1, Capítulo 4 del Decreto 780 de 2016⁶, tendrán derecho al cubrimiento de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones; indemnización por incapacidad permanente, gastos de transporte y movilización al establecimiento hospitalario o clínico, indemnización por muerte y gastos funerarios en las cuantías señaladas en la normativa vigente, de acuerdo con lo establecido en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 112 del Decreto-ley 019 de 2012 y demás normas complementarias.

Sea oportuno precisar que el artículo 7 de la Resolución 1645 de 2016⁷ señaló que el término para que las personas naturales o jurídicas radiquen sus reclamaciones ante el FOSYGA es el siguiente:

Término	Norma	Vigencia
1 año	Artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012	Para aquellos casos en que se generó el derecho a reclamar ante el FOSYGA entre el 10 de enero de 2012 y el 8 de junio de 2015
3 años	Artículo 73 de la Ley 1753 de 2015	Para aquellos casos en que se generó el derecho a reclamar ante el FOSYGA desde el 9 de junio de 2015

• ETAPAS DEL TRÁMITE DE RECLAMACIONES

El artículo 9 de la Resolución 1645 de 2016 estableció las distintas etapas del procedimiento de reclamación, señalando que “Toda reclamación ante la Subcuenta ECAT del FOSYGA o quien haga sus veces, surtirá para su verificación, control y pago, las etapas de: 1) pre—radicación; 2) radicación; 3) auditoría integral; 4) comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo; y/o 5) pago, cuando este último proceda”.

• Etapa de pre-radicación.

Tratándose de las personas naturales, inicia con el alistamiento documental soporte de la reclamación y culmina con el recibo por parte de la ADRES del formulario que para el efecto adopte el Ministerio de Salud y de la Protección Social, completamente diligenciado, de acuerdo con la información contenida en los soportes o su rechazo por incumplimiento de esta última exigencia. Las personas naturales, podrán presentar reclamaciones o respuesta a resultados de auditoría todos los días hábiles del mes.

Durante esta etapa y de manera previa a la presentación de la reclamación, los reclamantes diligencian el formulario correspondiente y gestionan el alistamiento documental de los soportes exigibles en cada caso.

La ADRES al momento de la presentación de la reclamación, verificará el completo diligenciamiento del formulario, así

⁶ Artículo 2.6.1.4.1.3. Decreto 780 de 2016

⁷ “Por la cual se establece el procedimiento para el trámite de reclamaciones, con cargo a la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, o quien haga sus veces, y se dictan otras disposiciones”



como la consistencia de la información contenida allí respecto de los soportes anexos a la reclamación en los campos correspondientes a los datos de la víctima y del beneficiario (nombres y apellidos y tipo y número de documento).

Para los casos en los cuales se genere rechazo de la reclamación por incumplimiento de los requisitos para la presentación, este será comunicado al reclamante de manera inmediata, señalando la causal correspondiente y haciendo entrega de los medios físicos recibidos.

Cuando el reclamante no se encuentre presente, el rechazo le será comunicado a través de correo certificado, en un término no mayor a diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación al Fosyga, al cual se adjuntarán los soportes recibidos.

En este punto debe indicarse que las personas naturales deberán presentar el formulario y los soportes de la reclamación debidamente foliados, completos, legibles y nítidos.

Documentos necesarios para las reclamaciones personas naturales en caso de fallecimiento:

- Formulario FURPEN - En caso de la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, certificado de la atención médica y epicrisis.
- Acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente.
- Certificado de Fiscalía General de la Nación en el cual curse el proceso de muerte, cuando sea accidente de tránsito.
- Acreditación de la condición de beneficiario.
- Certificación médica en caso de que la víctima haya sido atendida antes de su muerte, a causa del accidente.
- Declaración juramentada de condición de aseguramiento del vehículo.
- Evento Terrorista: Certificación expedida por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastre, en el que conste que la persona atendida fue víctima de un evento terrorista.
- Evento Catastrófico de origen natural: Certificación expedida por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastre, en el que conste que la persona fue víctima de un evento catastrófico de origen natural



- Fotocopia nítida y ampliada del documento de identidad del beneficiario, más la firma e impresión dactilar en original.
- Declaración juramentada de no afiliación de la víctima al SGSSS.
- Original del certificado de defunción.
- Certificación bancaria original, en la que se acredite al reclamante como titular de la cuenta.

- **Etapa de radicación.**

Inicia con el recibo de los soportes físicos de las reclamaciones que hubieren superado la etapa de pre-radicación y culmina con el cargue de la información de cada reclamación al sistema de información de la ADRES, o quien haga sus veces, o en su defecto, con el reporte de rechazo y devolución de los soportes físicos recibidos a los reclamantes.

La fecha de cierre del periodo de radicación para el caso de reclamaciones presentadas por personas naturales, será el último día calendario de cada mes.

Durante esta etapa, la ADRES, o quien haga sus veces, realiza la digitalización y tipificación de los soportes físicos de las reclamaciones que superaron la etapa de pre-radicación, posterior a lo cual, en el caso de personas naturales, realizará la captura y cargue al mencionado aplicativo de la información aportada en el formulario que para el efecto adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los documentos soporte de las reclamaciones físicas deberán estar foliados, completos, ser legibles, nítidos y veraces. Esta información, en el evento que las personas naturales reclamantes requieran modificar o actualizar los datos inicialmente suministrados y diligenciados en el formulario con el cual se presentó la reclamación, durante la etapa de radicación, deberán radicar documento escrito ante la ADRES o quien haga sus veces, solicitando la devolución de la reclamación, lo cual generará el rechazo de esta

Posteriormente, siempre que no haya expirado el término para la presentación de la reclamación, la persona natural podrá presentarla con el formulario y los soportes respectivos.

- **Etapa de auditoría integral.**

Inicia con el cargue de la información de las reclamaciones al sistema de información de la ADRES o quien haga sus veces y concluye con la certificación de cierre del paquete en el mismo.

Esta etapa, que se desarrolla dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre del periodo de radicación, la ADRES o quien haga sus veces realiza la validación del cumplimiento de los aspectos mínimos de verificación consignados a continuación para el caso de las personas naturales, mediante el análisis de la información suministrada por el reclamante en las etapas de pre-radicación y radicación:

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16
Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 4322760
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737

Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones de indemnización por muerte y gastos funerarios:
1. Que el formulario que adopte para el efecto el Ministerio de Salud y de Protección Social esté completo y correctamente diligenciado de acuerdo al Instructivo correspondiente.
2. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga ahora ADRES sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada
3. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo <u>73</u> de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.
4. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por la ADRES o por otra entidad, en los términos del Decreto número <u>056</u> de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
5. Que la muerte de la víctima guarde relación directa con el evento.
6. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número <u>056</u> de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
7. Que el fallecimiento de la víctima se genere dentro del año siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente de tránsito.
8. Que el beneficiario exista y se acredite su condición en los términos del Decreto número <u>056</u> de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y de la presente resolución.
9. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.

Producto de la auditoría integral de las reclamaciones, la ADRES o quien haga sus veces, aplica uno de los siguientes estados:

Aprobado: Cuando todos los ítems de la reclamación cumplen con los criterios señalados en la normativa vigente.

Aprobado parcial: Cuando alguno o algunos de los ítems de la reclamación cumple(n) con los criterios señalados en la normativa vigente.

No aprobado: Cuando todos los ítems de la reclamación no cumplen con los criterios señalados en la normativa vigente.

Con las reclamaciones que han sido objeto de auditoría y consecuentemente tienen un estado asociado, se conforma un paquete, de acuerdo con el tipo de reclamante, periodo de radicación, mecanismo de auditoría y tipo de presentación (nuevo/respuesta a resultado de auditoría). Dicho paquete es objeto de validaciones de calidad, generando como consecuencia los ajustes a los que haya lugar. Posterior a las validaciones de calidad, los paquetes conformados son objeto de certificación.



- ***Etapas de comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo***

Inicia con la certificación del paquete de reclamaciones en el Sistema de información de la ADRES o quien haga sus veces y culmina con la custodia o devolución de las reclamaciones con estado definitivo.

Esta etapa se desarrolla de manera paralela a la etapa de pago tratándose de reclamaciones con resultado de auditoría aprobado o aprobado parcial y en ella a la ADRES o quien haga sus veces, comunica al reclamante el resultado de la auditoría integral practicada a sus reclamaciones.

La ADRES o quien haga sus veces, comunica el resultado de la auditoría integral efectuada a cada una de las reclamaciones, durante los diez (10) días calendario siguientes a la emisión de la certificación de cierre efectivo del paquete, a través del correo electrónico previamente habilitado y autorizado o, en su defecto, mediante comunicación remitida a través de correo certificado a la dirección registrada en el formulario o en la base de datos de la ADRES según corresponda.

La comunicación debe contener, como mínimo, la siguiente información:

a. Fecha de expedición de la comunicación.
b. Número de paquete del cual hace parte la reclamación
c. Para persona natural, el detalle de todas las glosas aplicadas con su respectiva descripción y notas aclaratorias si las tiene
El término de respuesta al resultado de la auditoría y la consecuencia jurídica que se generaría por no ejercer este derecho.

Adicionalmente, la ADRES o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de certificación de cierre efectivo, comunica a los reclamantes mediante publicación en su página web que el resultado de la auditoría a las reclamaciones del paquete correspondiente al periodo de radicación respectivo se encuentra disponible para su consulta.

Para los efectos de los procesos de reclamación que se adelantan con cargo a la ADRES o quien haga sus veces, se entiende comunicado el resultado de auditoría al reclamante en la fecha en la cual este recibe tal comunicación. A partir de esta fecha se contabilizará el término para dar respuesta al resultado de auditoría y/o para que la reclamación adquiera un estado definitivo.

En todo caso, si no se allega constancia de recibo de la comunicación por correo certificado, el resultado de auditoría se entiende recibido por el reclamante un mes después de la publicación en la página web de la ADRES que se mencionó anteriormente.

El reclamante puede dar respuesta al resultado de auditoría, subsanando u objetando en una única oportunidad la totalidad

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16
Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 4322760
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



de glosas aplicadas, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de la auditoría integral, aportando los documentos que correspondan o sustentando en forma concreta los motivos de objeción a la glosa. La objeción no puede versar sobre nuevos hechos ni debatir argumentos diferentes a los contenidos en el resultado de la auditoría.

Para el efecto, el reclamante debe diligenciar el respectivo formulario y anexo técnico, según corresponda, señalando que se trata de una respuesta al resultado de auditoría, para lo cual relacionará el número de radicado de la reclamación sobre la cual está presentando la respuesta.

Si el reclamante no da respuesta al resultado de auditoría en el término de dos (2) meses contado a partir del recibo de la comunicación, se entenderá que aceptó la glosa impuesta, con lo cual, el respectivo ítem adquiere con carácter definitivo el estado "no aprobado". La respuesta a los resultados de auditoría se tramita en el término de dos (2) meses, surtirá las mismas etapas del procedimiento de verificación y control para pago de las reclamaciones ante la ADRES o quien haga sus veces y será objeto de comunicación a los reclamantes.

Siempre que en la respuesta a los resultados de auditoría el reclamante aporte un nuevo documento, este será objeto de una auditoría integral complementando la realizada a la reclamación inicial y solo respecto de este nuevo documento será posible la aplicación de una nueva glosa, la cual podrá ser objeto de respuesta por una única oportunidad.

Cuando se identifique por parte de un mismo reclamante el doble cobro de una reclamación o ítem de la misma o cuando las personas jurídicas radiquen la respuesta al resultado de auditoría sin indicar el número de radicado completo y exacto de la radicación inicial, esta situación se pone en conocimiento de las entidades de inspección, vigilancia y control del sector para lo de su competencia.

Las reclamaciones cuyo resultado de auditoría sea no aprobado, son objeto de custodia por la ADRES o quien haga sus veces, durante el término de respuesta señalado anteriormente. Si pasado este tiempo, dicha reclamación no es objeto de respuesta por parte del reclamante, se entiende por aceptada la glosa y se procede dentro del mes siguiente a la devolución definitiva de la reclamación.

En caso de que no sea posible la devolución de la reclamación, ésta será objeto de custodia por la ADRES o quien haga sus veces, por el término dispuesto en la normativa vigente.

- **Etapa de pago.**

Inicia con la certificación de cierre del paquete en el Sistema de información de la ADRES o quien haga sus veces, y culmina con el giro al beneficiario de los valores aprobados en el mencionado paquete o con la extinción del derecho a recibir dicho pago, según corresponda.

El giro o pago de las reclamaciones aprobadas total o parcialmente que se radiquen ante la ADRES o quien haga sus veces, se efectúa directamente al beneficiario debidamente identificado, a través de una cuenta bancaria a nombre de este, en una entidad financiera vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, dentro del mes siguiente a la



fecha del cierre efectivo.

• DE LOS REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS RECLAMACIONES

En cuanto al proceso operativo de las reclamaciones, en términos generales se tiene que cuando se radica una reclamación para surtir el trámite de auditoría médica, jurídica y financiera, el encargado le impone a la reclamación un sticker con UN NÚMERO ÚNICO DE RADICACIÓN, que permite identificarla en la base de datos del ente auditor; esto obedece a que todas las EPS, IPS o personas naturales a nivel nacional presentan solicitudes de o reclamación, lo que impide una identificación inequívoca por números de factura, ya que éstas pueden coincidir en su numeración, valor, prestador, entre otros.

Radicada la reclamación, el administrador fiduciario o el ente auditor, de acuerdo a la fecha de presentación de la reclamación, realiza una auditoría integral de conformidad con la normatividad vigente al momento de la presentación de la reclamación, quien realiza una evaluación selectiva por muestreo de cada paquete y las reclamaciones aprobadas se envían a la ADRES para la correspondiente ordenación del gasto y autorización de giro, pero aquellas que no resulten aprobadas son devueltas a la entidad reclamante, con indicación de las causales de glosa, es decir, describiendo el motivo que impide su aprobación.

Ahora bien, la responsabilidad de presentar las reclamaciones en debida forma está en cabeza de cada entidad, ya que el sistema otorgó los mecanismos necesarios para lograr el pago de los servicios o indemnizaciones, regulando el trámite y procedimiento con el cual no solo se garantiza el debido proceso de las entidades, sino además la incolumidad de los recursos públicos de la salud. El hecho de que exista un procedimiento especial para el trámite de las reclamaciones y el deber de acreditar en debida forma el derecho al pago por las IPS o las personas naturales, implica que la simple radicación de la solicitud no es generadora de derechos, ni implica su aceptación.

Por otra parte, en relación con los requisitos establecidos en la normatividad para la presentación y pago de las reclamaciones, es necesario precisar que si bien es cierto el derecho a reclamar está consagrado en la normatividad vigente, también lo es que esa misma normatividad establece los requisitos que deben cumplir las solicitudes que se hagan en tal sentido. Al respecto, el Honorable Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera dentro de la acción popular 25000-23-25-000-2005-00355-01, Consejero Ponente Enrique Gil Botero de febrero 21 de 2007, manifestó:

"Sobre las imputaciones de corrupción, derivadas de una supuesta tramitomanía y, por ende, de la violación al decreto 2150 de 1995, concluyó que son inaceptables, porque un argumento en tal sentido debió ser denunciado ante las autoridades respectivas. Para reforzar el planteamiento indicó:

"Debe precisarse, en todo caso, que la circunstancia de haberse expedido el decreto 2150 de 1995, en nada impide la fijación de las condiciones y requisitos que acorde con la ley resulten indispensables, más aún si se trata de reconocimientos de carácter económico que se financian con recursos de la seguridad social y que por lo tanto deben estar salvaguardados en cuanto a su correcta destinación, con mayor razón si se tiene en cuenta que las regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios que se suprimen y/o reformaron, fueron los expresamente dispuestos en el precitado decreto ley y en ninguna parte del

mismo se dispuso la supresión de trámites y procedimientos relativos al reconocimiento de prestaciones económicas y obligaciones propias de la seguridad social como para pensar que no resulte procedente establecer las condiciones indispensables para el pago en debida forma de este tipo de obligaciones como lo hace la resolución 3797 de 2004" (fl. 174 cdno. 1)

En este orden de ideas, en ejercicio de su facultades legales y en procura de mantener la incolumidad de los recursos públicos de la salud, establece los requisitos que deben cumplir las reclamaciones; pues con arreglo a lo expresado por el Consejo de Estado en la jurisprudencia citada, tratándose de reconocimientos económicos con cargo a recursos públicos, indispensablemente deben existir condiciones y requisitos para acceder a los mismos, máxime tratándose de recursos de la seguridad social en salud.

En conclusión, el pago de las reclamaciones se encuentra sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley, los cuales garantizan el flujo adecuado de los recursos del sistema de salud, evitando fraudes y pagos indebidos; además la radicación de una reclamación ante el ente auditor de manera alguna implica aceptación, ya que la imposición de un *sticker* o sello de radicación, es tan solo la fase inicial de un procedimiento administrativo reglado, para que se surta el trámite de auditoría integral, a través de la cual se verifica el cumplimiento de las condiciones fijadas por la Ley.

Por otra parte, resulta necesario precisar que además de lo establecido en los decretos y resoluciones que regulan esta materia, se tienen como requisitos para la presentación de reclamaciones, en el marco de lo dispuesto en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016 principalmente, los siguientes:

En consecuencia, cumpliendo las Instituciones Prestadoras de Salud con el lleno de los requisitos anteriormente relacionados, la entidad contratada para realizar el proceso de auditoría integral médica, jurídica y financiera a cada una de las reclamaciones validando los soportes que la acompañan, lo cual permite verificar la viabilidad o no de la reclamación, y cuyos resultados determinan la aprobación total o parcial de las reclamaciones, o la negación por no reunir los requisitos exigidos.

En el mismo sentido, en desarrollo del literal “c” de la Ley 1753 de 2015, la Resolución 4244 de 2015⁸ en el artículo décimo consagró los requisitos esenciales para este mecanismo excepcional:

“ARTÍCULO 10. REQUISITOS OBJETO DE VERIFICACIÓN EN EL NUEVO PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL A LAS RECLAMACIONES. *Para el reconocimiento de las reclamaciones que se presenten en virtud de la medida de que trata esta resolución, la auditoría integral se surtirá conforme a los siguientes requisitos y criterios de validación:*

1. El usuario existía al momento de la prestación del servicio y/o al beneficiario le asistía el derecho. Para el efecto, se realizarán las validaciones con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC).

⁸ “por la cual se establecen los términos, formatos y requisitos para el reconocimiento y pago de los recobros y las reclamaciones en virtud de lo dispuesto en el literal c) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015.”



2. La atención, servicio o indemnización reclamado se deriva de un evento cubierto por la subcuenta ECAT del Fosyga, de acuerdo con los Decretos 3990 de 2007 o 056 de 2015, aplicables según la fecha de ocurrencia del evento.
3. Se evidencia en los soportes documentales de la reclamación, relación entre los servicios y tecnologías en salud reclamados con el evento que origina la reclamación.
4. Los ítems o conceptos reclamados no han sido objeto de reconocimiento o pago por el Fosyga o por otra entidad, en los términos de los Decretos 3990 de 2007 o 056 de 2015 y no podrán ser diferentes a los previamente glosados.
5. Los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentran soportados en la epicrisis o en el documento que da cuenta de la atención brindada, según corresponda.
6. Los servicios y tecnologías en salud reclamados se soportan en una factura o documento equivalente, en la que se evidencia:
 - a) Nombre e identificación de la víctima a la cual se suministró el servicio.
 - b) Detalle de factura con código, descripción, valor unitario, valor total y cantidad del medicamento, servicio médico-quirúrgico, de transporte o prestación de salud, procedimiento o servicio facturado, y
 - c) Para reclamaciones por atención a víctimas de accidentes de tránsito con vehículo asegurado en el caso de continuidad intrahospitalaria con dos o más pagadores, se requiere copia del detalle de la factura presentada a la aseguradora.
7. El valor de los ítems facturados y reclamados se encuentra liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente y aplicable y estos no podrán ser superiores a los valores previamente glosados.
8. La información registrada en los soportes documentales, formatos y medios magnéticos allegados es consistente frente a la víctima, al beneficiario, los servicios prestados, las fechas y el evento del que se deriva la reclamación.
9. Tanto la entidad reclamante como los servicios objeto de la reclamación se encuentran habilitados para la fecha de prestación de servicio.
10. Se evidencia en los soportes documentales y en medio magnético de la reclamación, coincidencia entre la entidad reclamante con la institución que prestó los servicios de salud.
11. La condición de víctima se acredita según el evento y conforme a lo establecido en los Decretos 3990 de 2007 o 056 de 2015, según corresponda para la fecha de ocurrencia del evento.
12. Los servicios de salud reclamados se prestan a la víctima por la cual se reclama.
13. La persona que reclama en nombre propio o a través de apoderado es el beneficiario de la reclamación, de acuerdo con lo establecido en los Decretos 3990 de 2007 o 056 de 2015, según la fecha de ocurrencia del evento.
14. Las reclamaciones presentadas no son objeto de investigación administrativa o judicial de naturaleza penal.
15. Los ítems o conceptos reclamados no son diferentes, ni los valores presentados son superiores a los inicialmente glosados.
16. Para los casos en los cuales se reclame por la pérdida de capacidad laboral, se verificará:
 - a) Que la pérdida de capacidad laboral se derive de un evento cubierto por la Subcuenta ECAT.
 - b) Calificación de la pérdida de capacidad laboral dentro del término máximo establecido de acuerdo con la norma que le sea aplicable, contado a partir de la fecha de ocurrencia del evento.

17. Para los casos en los cuales se reclame por los amparos de muerte o gastos funerarios, se verificará que el fallecimiento de la víctima se hubiere dado dentro del año siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente de tránsito.

PARÁGRAFO. Cuando la reclamación corresponda a atenciones en salud derivadas de accidentes de tránsito con vehículo asegurado, cuya ocurrencia del evento sea anterior al 10 de julio de 2012, deberá anexarse la certificación de agotamiento de cobertura de la respectiva aseguradora, que expidió el SOAT.”

Finalmente, la Resolución 1645 de 2016⁹, estableció el procedimiento, requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas de las que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, así mismo, en el artículo 17 establece los requisitos mínimos de verificación para procedencia de la reclamación:

“ARTÍCULO 17. DESARROLLO DE LA ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL. Durante esta etapa, que se desarrolla dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre del periodo de radicación, el Fosyga o quien haga sus veces realiza la validación del cumplimiento de los aspectos mínimos de verificación consignados a continuación, mediante el análisis de la información suministrada por el reclamante en las etapas de pre-radicación y radicación:

A. Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud:

- 1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo al instructivo correspondiente.*
- 2. Que la información contenida en los medios magnéticos del formulario de que trata el numeral anterior, sea consistente con los soportes físicos de la reclamación.*
- 3. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.*
- 4. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.*
- 5. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por el Fosyga o por otra entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.*
- 6. Que exista relación de los servicios y tecnologías en salud reclamados con el evento que origina la reclamación.*
- 7. Que los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentren soportados en los documentos de epicrisis o resumen de atención, según corresponda.*
- 8. Que en la factura de venta o documento equivalente generado por el reclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.*
- 9. Que el valor de los ítems facturados y reclamados se encuentre liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.*
- 10. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.*
- 11. Que los servicios de salud cobrados se encontraban habilitados por el reclamante para la fecha de prestación de los mismos.*

⁹ “Por la cual se establece el procedimiento para el trámite de las reclamaciones, con cargo a la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, y se dictan otras disposiciones.”

12. Que la entidad reclamante sea la misma que prestó el servicio de salud.
 13. Que la víctima existía al momento de la prestación del servicio de salud.
 14. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
 15. Que los servicios de salud reclamados se prestaron a la víctima por la cual se reclama.
- B. Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por incapacidad permanente:*
1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo al Instructivo correspondiente.
 2. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.
 3. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.
 4. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por el Fosyga o por otra entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
 5. Que la pérdida de capacidad laboral permanente del reclamante guarde relación directa con el evento.
 6. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.
 7. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
 8. Que la calificación de la pérdida de capacidad laboral se haya generado dentro del término máximo establecido en el artículo 15 del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
- C. Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones de indemnización por muerte y gastos funerarios:*
1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo al Instructivo correspondiente.
 2. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.
 3. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.
 4. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por el Fosyga o por otra entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
 5. Que la muerte de la víctima guarde relación directa con el evento.
 6. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
 7. Que el fallecimiento de la víctima se genere dentro del año siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente de tránsito.
 8. Que el beneficiario exista y se acredite su condición en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y de la presente resolución.
 9. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.
- D. Aspectos mínimos de verificación para el pago de la indemnización por gastos de transporte desde el sitio de ocurrencia del evento al primer sitio de atención:*
1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo al instructivo correspondiente.
 2. Que la información contenida en el medio magnético del formulario con el que se presente la reclamación sea consistente con los soportes físicos de la reclamación.

3. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.
4. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.
5. Que en la factura de venta o documento equivalente generado por el reclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.
6. Que el servicio de transporte reclamado sea consecuencia de un evento reconocido por la Subcuenta ECAT del Fosyga.
7. Que el valor del ítem facturado y reclamado se encuentra liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.
8. Que los valores reclamados no han sido reconocidos o pagados por el Fosyga o por otra Entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
9. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
10. Que el reclamante corresponda a quien realizó el traslado de la víctima. Si la entidad reclamante es una IPS, se verificará que la misma tenga habilitado el servicio de transporte asistencial para la fecha de prestación del servicio.
11. Que los servicios de transporte se prestaron a la víctima por la cual se reclama.
12. Que los servicios de transporte se encuentran soportados en los documentos previstos en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
13. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.

PARÁGRAFO 1o. La validación del cumplimiento de criterios se efectuará de conformidad con lo establecido en el Manual de Auditoría que adopte este Ministerio, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

PARÁGRAFO 2o. En el evento que las personas naturales reclamantes requieran modificar o actualizar los datos inicialmente suministrados y diligenciados en el formulario con el cual se presentó la reclamación, y la etapa de auditoría no haya concluido, deberán radicar documento escrito ante el Fosyga o quien haga sus veces, solicitando la devolución de la misma, lo cual generará la devolución de la reclamación a la etapa de radicación y la aplicación de lo dispuesto en el parágrafo 2o del artículo 15 del presente acto administrativo.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Dentro del mes siguiente a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, la firma de auditoría de s y reclamaciones, con base en la auditoría integral realizada, procederá a generar el estado a aquellas reclamaciones que se encuentren en trámite de verificación de autenticidad y veracidad de soportes y hayan superado el término de dos (2) meses contado a partir del cierre del periodo de radicación correspondiente.”

• GLOSAS IMPUESTAS DEL LISTADO DE PACIENTES RELACIONADOS

Conforme al apoyo técnico adjunto se individualiza cada paciente y se indica con detalle que tipo de tipificación de reclamación tenía a la hora de la atención medica prestada y de las razones o las imposiciones del porque no se otorgaba el pago de las reclamaciones a la IPS, es decir la imposición de las glosas que la IPS demandante nunca subsanó esto lo evidenciamos en el archivo Excel “Solucion peticion de servicio 41649 (1).xlsx (...)” pestaña glosas casilla N Descripcion Causal:



Solucion petición de servicio 41649 (1).xlsx - Excel

Buscar

ArchivoInicioInsertarDibujarDisposición de páginaFórmulasDatosRevisarVistaAyudaNitro PDF ProAcrobat

Portapapeles

Fuente

Alineación

Número

Estilos

Formato condicional

Dar formato como tabla

Estilos de celda

Insertar

Eliminar

Formato

Celdas

Σ

Ordenar y filtrar

Buscar y seleccionar

Edición

Complementos

Complementos

Crear un PDF

Adobe Acrobat

NUMERO_RADICACION

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	
1	NUMERO_RA	DESCRIPCION_EVENTO	USUARIO	RECLAMACION	FECHA	TIPO	CODIGO_ITF	DESCRIPCION	CODIGO_GLO	LEVANTADA	JUSTIFICACION	USUARIO_LE	FECHA_LEVA	DESCRIPCIONCAUSAL	GRUPO
2	12707213	Accidente de tránsito	adelgadog	17515509	2023-04-18 11	NULL	NULL	NULL	4403	0	NULL	NULL	1900-01-01 0	Se reitera glosa anterior 4403. La factu	Rad
3	12798471	Accidente de tránsito	angela.gomez	17180882	2022-09-07 2	INSUMO	NULL	KIT CRANEOT	4506	0	NULL	NULL	NULL	El material Kit craneotomía hace parte	Rad
4	12773846	Accidente de tránsito	bryan.neira	17147119	2022-09-04 2	MANUALES	21722	Reconstrucc	3109	0	NULL	NULL	NULL	Soporte de ayuda diagnóstica Tac de f	Rad
5	12797270	Accidente de tránsito	diego.guzman	17504329	2023-04-20 1	MANUALES	19827	Protrombina	3209	0	NULL	NULL	NULL	Se reitera glosa anterior 3209. Ayuda i	Rad
6	12797274	Accidente de tránsito	eaibil	17179685	2022-09-09 1	MANUALES	21102	Brazo, pierna	3209	0	NULL	NULL	NULL	Ayuda diagnóstica RX DE HOMBRO no	Rad
7	12776737	Accidente de tránsito	enino	17150012	2022-09-05 0	MANUALES	21709	Columna cerv	3209	0	NULL	NULL	NULL	Ayuda diagnóstica COLUMNA no tiene	Rad
8	12776737	Accidente de tránsito	enino	17150012	2022-09-05 0	MANUALES	21101	Mano, dedos	3209	0	NULL	NULL	NULL	Ayuda diagnóstica antebrazo derecho	Rad
9	12776737	Accidente de tránsito	enino	17150012	2022-09-05 1	MEDICAMEN	19995210-4	RANITIDINA	3207	0	NULL	NULL	NULL	Medicamento ampicilina,dipirona,ran	Rad
10	12776737	Accidente de tránsito	enino	17150012	2022-09-05 1	INSUMO	NULL	EQUIPO MAC	3206	0	NULL	NULL	NULL	Material aDaPTaDOR_cateter, macrog	Rad
11	12708260	Accidente de tránsito	eoviedo	17515500	2023-04-12 1	NULL	NULL	NULL	2008	0	NULL	NULL	1900-01-01 0	Excede el término señalado en el artí	Rad
12	12797273	Accidente de tránsito	gcifuentes	17504331	2023-04-17 0	INSUMO	NULL	ADAPTADOR	3209	0	NULL	NULL	NULL	Se reitera glosa anterior 3206. Ayuda i	Rad
13	12773845	Accidente de tránsito	gduque	17514464	2023-04-13 0	MANUALES	21715	Abdomen tot	3109	0	NULL	NULL	NULL	Se reitera glosa anterior 3109. Soporti	Rad
14	12718438	Accidente de tránsito	isalazarg	17076524	2022-08-29 1	MANUALES	29112	Terapia física	3204	0	NULL	NULL	NULL	Los honorarios profesionales diferent	Rad
15	12773844	Accidente de tránsito	jcarmonab	17504319	2023-04-22 1	INSUMO	NULL	CANULA SUC	4506	0	NULL	NULL	NULL	Se reitera glosa anterior 4506. El mat	Rad
16	12770219	Accidente de tránsito	jcolmenaresp	17515514	2023-04-25 0	MANUALES	37201	Artrocentesis	3203	0	NULL	NULL	NULL	Se reitera glosa anterior 3203. Los ho	Rad
17	12780389	Accidente de tránsito	jeisson.sierra	17162829	2022-09-07 1	NULL	NULL	NULL	2003	0	NULL	NULL	1900-01-01 0	Presentación de la reclamación fuera	Rad
18	12797270	Accidente de tránsito	jenny.caldero	17179681	2022-09-08 2	MANUALES	19827	Protrombina	3209	0	NULL	NULL	NULL	Ayuda diagnóstica Ch, Pt y Ptt no tien	Rad
19	12797270	Accidente de tránsito	jenny.caldero	17179681	2022-09-08 2	INSUMO	NULL	JERINGA HIPO	3206	0	NULL	NULL	NULL	Material Aguja Hipodérmica no tienen	Rad
20	12114753	Accidente de tránsito	jenny.moreno	16568216	2021-10-23 1	INSUMO	NULL	JERINGA HIPO	3206	0	NULL	NULL	NULL	se reitera la glosa (3206) El material	Rad
21	12773847	Accidente de tránsito	johanna.aran	17147120	2022-09-06 1	MANUALES	19482	Gases arteria	3209	0	NULL	NULL	NULL	Ayuda diagnóstica GASES ARTERIALES	Rad
22	12773847	Accidente de tránsito	johanna.aran	17147120	2022-09-06 1	MEDICAMEN	20152146-01	CEFAZOLINA	3207	0	NULL	NULL	NULL	Medicamento cefazolina 1 g no tiene	Rad
23	12773847	Accidente de tránsito	johanna.aran	17147120	2022-09-06 1	MEDICAMEN	19922566-6	OMEPRAZOL	3207	0	NULL	NULL	NULL	Medicamento omeprazol 40 mg no tie	Rad
24	12707210	Accidente de tránsito	adriana.guerr	17515508	2023-04-12 1	NULL	NULL	NULL	2008	0	NULL	NULL	1900-01-01 0	Excede el término señalado en el artí	Rad
25	12773848	Accidente de tránsito	brenda.leguiz	17147121	2022-09-05 1	MANUALES	19509	Hemoclásifi	4508	0	NULL	NULL	NULL	La ayuda diagnóstica 19509Hemoclasi	Rad
26	12773848	Accidente de tránsito	brenda.leguiz	17147121	2022-09-05 1	INSUMO	NULL	GUÍA TUBO	4506	0	NULL	NULL	NULL	El material GUÍA TUBO ENDOTRACHEAL	Rad
27	12773848	Accidente de tránsito	brenda.leguiz	17147121	2022-09-07 0	INSUMO	NULL	ADAPTADOR	3206	0	NULL	NULL	NULL	Material aDaPTaDOR_catETER, EQUIP	Rad
28	12773848	Accidente de tránsito	brenda.leguiz	17147121	2022-09-07 0	INSUMO	NULL	EQUIPO BOM	3206	0	NULL	NULL	NULL	Material aDaPTaDOR_catETER, EQUIP	Rad
29	12780392	Accidente de tránsito	ccastaneda	17504324	2023-04-21 0	MEDICAMEN	29523-3	CLORURO DE	3207	0	NULL	NULL	NULL	Se reitera glosa anterior 3207. Medica	Rad
30	12773843	Accidente de tránsito	dcuchimba	17504318	2023-04-17 0	MANUALES	21105	Pelvis, cadera	3209	0	NULL	NULL	NULL	Se reitera glosa anterior 3209. Ayuda i	Rad

<

>

Anotaciones

Glosas

Consolidado_Horizontal

Consolidado_Ultima_Presentacion

Presentaciones

Va

+

100%

Accesibilidad: es necesario investigar

De acuerdo con lo anterior no puede atribuir responsabilidad al Estado por un hecho exclusivamente suyo, pues a nadie le es dable alegar su propia culpa para derivar de ella un beneficio y mucho menos para obtener un pago sin cumplir con los requisitos exigidos por la normatividad para recibirlos, aún más, cuando se trata de inconsistencias en las facturas o documentos equivalentes a estas como soporte de su reclamación.

VI. EXCEPCIONES PREVIAS

• INEPTITUD DE LA DEMANDA POR FALTA DE REQUISITOS FORMALES

Dentro del presente proceso la parte demandante pretende la declaratoria de nulidad de un acto administrativo no obstante en el listado de pacientes y reclamaciones se encuentra en estudio 5 actos administrativos que no tienen ninguna relación con las pretensiones de la demanda y los hechos los actos administrativos son comunicaciones de resultado de las cuales la IPS no subsanó ninguna glosa estos son:

No.	Paquete	Certificación	Comunicación
1	25045	20201600020673_Certificación Cierre 25045 PJ	20201600149331_CLINICA ZONA FRANCA DE URABA S.A.S. PAQ 25045

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16
Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 4322760
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737

No.	Paquete	Certificación	Comunicación
2	26094	Certificación Cierre 26094 PJ 20221600005443	20221600038331 CLINICA ZONA FRANCA DE URABA S.A.S. PAQ 26094
3	27049	Certificación cierre de paquete 27049	20221601558621 CLINICA ZONA FRANCA DE URABA S.A.S. PAQ 27049
4	27051	Certificación cierre de paquete 27051	20221601732651 CLINICA ZONA FRANCA DE URABA S.A.S. PAQ 27051
5	28022	20234100040263 - Certificación Cierre PQT 17 ASD 28022	20234300683911 CLINICA ZONA FRANCA DE URABA S.A.S. PAQ 28022

Fuente: Propia – Dirección de Otras Prestaciones

“INEPTA DEMANDA por falta de cualquiera de los requisitos formales de la demanda o por la indebida acumulación de pretensiones, a la cual se le ha denominado también como INEPTITUD SUSTANTIVA DE LA DEMANDA, entiende esta Corporación, que la misma se configura cuando no se cuestiona, ataca o pide la nulidad del acto administrativo que decidió de fondo el asunto o que afectó la situación particular y concreta del accionante, pues hace parte de los requisitos formales de la demanda, primeramente, porque la demanda se debe dirigir contra los actos que contengan una decisión definitiva o eventualmente, sean de aquellos que hicieron imposible la continuación de la actuación administrativa y, segundo, porque expresamente el artículo 162 del C.P.A.C.A., que reguló los requisitos de forma que debe contener la demanda, en su numeral 2º, dispuso lo que se pretenda, expresado con precisión y claridad; que en tratándose de la pretensión de nulidad de un acto administrativo, esta disposición debe entenderse conjuntamente con la señalada en el artículo 163 ídem., que dictaminó que el acto debe individualizarse con toda precisión. (...)” Sentencia 50001-33-33-004-2014-00408-03 del 04 de noviembre de 2021 TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL META

*“El CONSEJO DE ESTADO, Sección 1ª, en auto del 2 de julio de 2021, proferido en desarrollo de la audiencia inicial, en la etapa de saneamiento del proceso, dentro del proceso con radicado No 11001-03-24-000-2015-00059-00, C.P. ROBERTO AUGUSTO SERRATO VALDÉS, explicó **que “No debe perderse de vista que la jurisdicción de lo contencioso administrativo ejerce su función de administrar justicia bajo el principio de justicia rogada. Ello significa que el operador jurídico no puede actuar de manera oficiosa, sino que su actividad se desarrolla respecto de los cargos que los ciudadanos plantean en ejercicio de los medios de control de carácter legal que han sido previstos por el Legislador.***

En otras palabras, le compete al usuario del servicio de administración de justicia iniciar, impulsar y tramitar las actuaciones judiciales que le permitan defender sus pretensiones...”

De allí que, cuando está de por medio la discusión de la legalidad de un acto administrativo, al momento de resolverse la demanda, deba observarse los principios dispositivos y de congruencia, lo cual se concreta en la individualización de las pretensiones y el concepto de violación de las normas, que demarcan la actividad judicial, en tanto que, estos por gozar de presunción de legalidad, quien pretenda derivar consecuencias adversas al acto protestando transgresión del principio de legalidad en su expedición, debe demandar y obtener de la jurisdicción contencioso administrativo decisión declarativa de la nulidad del acto, previa honra de la carga de abatir la presunción de legalidad que lo ampara. (...) Sentencia 50001-33-33-004-2014-00408-03 del 04 de noviembre de 2021 TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL META Negrilla y Subrayado por Fuera de texto.



En sintesis, si las pretensiones de la demanda solo requieren la nulidad y el restablecimiento del derecho pero se evidencia las pruebas 5 actos administrativos diferentes la demanda tiene vicios y por ende no debe ser estudiada de fondo ya que el demandante solo quiere el pago de reclamaciones y por lo tanto no establece que actos administrativos son objeto de estudio y debe ser desestimada por este despacho.

I. EXCEPCIÓN DE FONDO

• INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN

Frente al caso particular no existe obligación de pago por parte de la Nación - Ministerio de Salud y Protección Social a la entidad demandante, pues no se puede alegar la existencia de dicha obligación por no obtener un pago que nadie adeuda. Ahora bien, si la demandante 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 auditor ADRES para la fecha de radicación de las reclamaciones no hubiese impuesto glosas a las reclamaciones presentadas por la demandante, lo que deviene en la necesaria conclusión de que la Entidad no le adeuda a la IPS actora ninguno de los valores reclamados a través del presente proceso.

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.

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 generará el rompimiento del principio de igualdad o equilibrio de las cargas 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.

• CULPA EXCLUSIVA DE LA ENTIDAD RECLAMANTE

En el presente asunto, la parte 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 tratan de prestaciones contenidas en planes de beneficios, o en recobros presentados extemporáneamente para trámite; luego se infiere que **la conducta de la actora, es el hecho determinante que originó la imposición de las**



glosas descritas a lo largo de este escrito, por lo cual no se puede atribuir responsabilidad alguna al Estado.

Aunado lo anterior se concluye que los perjuicios alegados por la parte actora proviene exclusivamente de su actuación, ya que de conformidad a lo indicado, los servicios, insumos, procedimientos y/o medicamentos de los cuales se pretende el reconocimiento y pago, fueron glosados en el trámite de auditoría integral por no evidenciarse la entrega de la tecnología en salud objeto del recobro, por lo cual no puede atribuir responsabilidad al Estado por un hecho exclusivamente suyo, pues a nadie le es dable alegar su propia culpa para derivar de ella un beneficio y mucho menos para obtener un pago sin cumplir con los requisitos exigidos para la normatividad para recibirlos, aún más, cuando se trata de la falta de aportar la factura o documento equivalente o de aportarla sin el total de la información requerida por la normatividad.

De manera, que la parte actora ha desatendido sus deberes de autoprotección, al no realizar un recobro con el lleno de los requisitos exigidos por el ordenamiento jurídico, para así posteriormente reclamar sin fundamento jurídico alguno a la ADRES.

Sobre la influencia del hecho de la víctima en el juicio de imputación, la profesora Claudia López Díaz, al referirse a la competencia de la víctima y deberes de autoprotección, compartiendo nuestro criterio, explica:

“Se parte del punto de vista de que la vida en sociedad no se regula con base en la determinación de relaciones de causalidad; se conforma, mediante la delimitación de ámbitos de responsabilidad ... porque un suceso puede ser explicado como obra exclusiva de un autor, o como obra exclusiva de la víctima, o como obra de ambos, o como un suceso fortuito o accidental. Es decir, la ‘víctima’ también puede ser objeto de imputación.”¹⁰ En consecuencia, no hay arrogación de los bienes de otro cuando, con división de trabajo, ha sido la propia víctima quien ha configurado y moldeado su propia autolesión...en este caso la víctima quien ha defraudado la expectativas que nacen de su rol; es decir, los deberes de autoprotección que a ella le son exigibles, como principal garante de la protección de sus propios bienes.”¹¹

De igual manera Yesid Reyes Alvarado, declara referente al principio de autorresponsabilidad, *“Si se quiere expresar con un principio general de derecho la pretensión hegeliana de imputar a cada persona solo aquello que deba ser considerado como “su obra”, nada mejor que recurrir al principio de autorresponsabilidad, de acuerdo con el cual cada individuo debe responder por sus propias actuaciones y no por las de los demás.”¹²*

Es por ello por lo que la ADRES no se encuentra llamada a responder por los daños causados por la PROPIA VÍCTIMA, pues como se ha demostrado es la actora quien ha sido la responsable del daño ocasionado y cuya reparación se demanda.

¹⁰ Günther Jakobs, citado por Claudia López Díaz, INTRODUCCIÓN A LA IMPUTACIÓN OBJETIVA, Primera edición, Tercera reimpresión, Universidad Externado de Colombia, 2000, Bogotá, Pág. 149.

¹¹ Günther Jakobs, citado por Claudia López Díaz, Obra citada, Pág. 150.

¹² Yesid reyes Alvarado, IMPUTACIÓN OBJETIVA, Editorial Temis, Segunda Edición, Bogotá, 1996, Pág. 50.



Por todo lo anterior las pretensiones de la demandan no se encuentran llamadas a prosperar respecto a la ADRES pues no incurrió en el incumplimiento de los requisitos exigidos por la normatividad en la presentación de los recobros.

- **IMPROCEDENCIA DEL PAGO DE INTERESES MORATORIOS**

Sobre el particular , se debe indicar que los intereses en el trámite de reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga, hoy ADRES, está regulado en el Decreto 056 de 2015 *“Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT”*, en particular por el inciso tercero del artículo 38, el cual indica:

*«El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, **pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas**, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.»*

Así las cosas, debe observarse que las normas taxativas y aplicables para reclamaciones de facturas con cargo a la subcuenta Ecat por accidentes de tránsito que no cuenten con póliza indica que sólo serán susceptibles de intereses las que no hubieren sido glosadas, y como se evidencia en las presentes reclamaciones, han sido glosadas en el trámite de auditoría por la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**

II. PETICIÓN

Como corolario de todo lo anterior solicito a este Honorable Despacho al momento de proferir su fallo, se declare probadas las excepciones propuestas, se denieguen las pretensiones de la demanda y en consecuencia, se condene en costas, agencias en derecho y demás gastos procesales al demandante.

III. PRUEBAS

Documentales:

1. Resultados de auditoria No. 25045, 26094, 27049, 27051 y 28022. De las Reclamaciones pretendidas **Expedientes Administrativos**.
2. Expediente administrativo expedido por el Comité de Conciliación.

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Dirección: Avenida El Dorado Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16
Centro Empresarial Elemento, Código Postal 111071, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 4322760
Línea Gratuita: (+57) 01 8000 423 737



IV. ANEXOS

- Los relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder legalmente conferido por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la ADRES
- Ley 1753 de 2015 «Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.»
- Resolución No. 01012 del 20 de mayo de 2022 «Por la cual se delegan unas funciones y se dictan otras disposiciones»
- 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.»
- Resolución No. 07102 de 2023 «Nombramiento jefe Oficina Asesora Jurídica de la ADRES.»
- Acta de Posesión No. 026 de 30 de junio de 2023

V. 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- Correo electrónico para notificaciones judiciales es: notificaciones.judiciales@adres.gov.co / teléfono: 4322760 Ext. 1767 – 1771 y el suscrito apoderado en el correo sergio.zipaquira@adres.gov.co. Por último, el firmante podrá ser ubicado en el Cel. 3102837989.

Con el debido respeto,

SERGIO MAURICIO ZIPAQUIRA DIAZ
C.C. 1.032.424.333 de Bogotá D.C.
T.P. 228.223 del C.S. de la J.