

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01040 -01.

Demandante: **SERGIO ALFONSO ALCOCER ROSA.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ

SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL

GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA

Magistrado ponente.

Bogotá, D.C., cuatro (04) de octubre de dos mil veintitrés (2023).

Discutido y Aprobado según Acta No 010.

1. ASUNTO

La Sala decide el **RECURSO DE APELACIÓN** que **MEDIMÁS E.P.S.** interpuso contra la providencia proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud el 01 de diciembre de 2022, dentro del proceso sumario laboral que **SERGIO ALGONSO ALCOCER ROSA** adelanta contra la recurrente.

2. ANTECEDENTES

2.1. Pretensiones y Hechos.

En lo que aquí concierne con la demanda, se pretende el reconocimiento y pago de \$8'950.000 por gastos en que incurrió en atención de urgencias y hospitalización por el proceso quirúrgico e implantación de marcapaso transvenoso transitorio de su madre, Margoth Rosa de Alcocer.

Como fundamento de sus pretensiones, narró los siguientes hechos: **1)** El 10 de agosto de 2019 radicó ante la E.P.S. una solicitud de reembolso de pago, debido a la hospitalización de su madre, Margoth Rosa de Alcocer, quien fue operada el 09 de julio de 2019; **2)** Su madre falleció el 28 de agosto de 2019 a raíz de su avanzada edad, 96 años; **3)** Antes del mentado

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01040 -01.

Demandante: **SERGIO ALFONSO ALCOCER ROSA.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

procedimiento se comunicaron con la E.P.S. para que avalara su costo, pero no fue posible, pues no dieron respuestas concretas, sólo señalaban la carencia de camas y quirófano; **4)** La E.P.S. negó la solicitud de reembolso; y **5)** El 30 de septiembre de 2020 solicitó nueva petición de reembolso, el 01 de octubre del mismo año se les requirió nueva documentación, y el 31 de enero de 2021 se reiteró la negativa de la reclamación.

2.2. Respuesta a la Demanda.

MÉDIMAS E.P.S. (archivo 02 de la carpeta 07), se opuso a las pretensiones de la demanda, presentando las excepciones que consideraba tener a su favor.

Adujo que no registra radicada ningún solicitud del procedimiento requerida por la madre del actor; que la solicitud elevada por el demandante no contiene los documentos necesarios para efectuar el respectivo reembolso, por demás que para el documento “recibo de caja N° 00507”, no se encuentra que se le denomine como factura de venta, no se evidencia nombre o razón y N.I.T. del vendedor o de quien presta el servicio, no lleva un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta, y la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.

2.3. Providencia Recurrida.

El **A Quo** dictó sentencia condenatoria, en los siguientes términos:

(...) SEGUNDO: ACCEDER a la pretensión incoada por el demandante en contra de la E.P.S. MEDIMÁS, en liquidación.

TERCERO: ORDENAR a E.P.S. MEDIMÁS, en liquidación, reembolsar a favor de la masa sucesoral de Margoth Rosa de Alcoser la suma de \$8'950.000, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 9.1.3.5.10 del Decreto 2555 de 2010, que consigna las reglas para el pago de obligaciones litigiosas originadas durante el proceso liquidatorio (...)

Para arribar a la anterior decisión, señaló que la salud se trata de un derecho fundamental que se debe amparar teniendo en cuenta los principios que lo rigen, oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad, y continuidad; que la señora Margoth Rosa de Alcoser ingresó a la Clínica Santa María

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01040 -01.

Demandante: **SERGIO ALFONSO ALCOCER ROSA.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

S.A.S. el 02 de julio de 2019, remitida de consulta externa por oftalmología por encontrarse en un cuadro crónico de tres días de evolución, consistente en dificultad respiratoria y disnea de pequeños esfuerzos, encontrándose en su examen físico hipertensión arterial y con bradicardia sinusual; que por lo anterior, es claro que tal usuaria se encontraba en una situación de urgencia, por demás que por su avanzada edad se trataba de una persona con protección constitucional reforzada; que dicha clínica desde el ingreso de la actora solicitó remisión administrativa por hacer parte de la red de servicios de salud de la actora, misma labor que efectuó la familia de la paciente, no obstante, la E.P.S. no le autorizó ningún servicio; y que se demostró que los gastos en que incurrió la paciente era de \$8'950.000, por lo que, se ordenó el reconocimiento de tal suma.

2.4. Argumentos de la Recurrente.

MEDIMÁS E.P.S. dijo que garantizó los servicios de la señora Margoth Rosa de Alcocer a través de una red de servicios médicos idónea; que no puede responder la E.P.S. por decisiones libres, autónomas y voluntarias que tomó el núcleo familiar de la paciente; que no se acreditó incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada, o negligencia demostrada por parte de la E.P.S., por demás que no hubo ningún tipo de solicitud expresa a la E.P.S. previamente a su ingreso a clínica en la que fue atendida; que el actor no atendió los requerimientos sobre la forma como debía presentar su cobro, lo que hacía parte de sus obligaciones como usuario; y que específicamente el documento denominado “recibo de caja” no cuenta con nombre o N.I.T. del vendedor o de quien presta el servicio, así como tampoco lleva un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta, y la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.

2.5. Actuación Procesal en Segunda Instancia.

Ingresadas las diligencias al despacho, se observa que no existe nulidad que invalide lo actuado y, se advierte que en virtud de lo previsto en el artículo 66 A del C.P.T. y de la S.S, la competencia del Tribunal se limita al estudio exclusivo de las materias objeto del recurso.

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01040 -01.

Demandante: **SERGIO ALFONSO ALCOCER ROSA.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

3. CONSIDERACIONES PARA DECIDIR

Sentado lo anterior y conforme a los reparos expuestos en la apelación la Sala encuentra como **problemas jurídicos** por resolver los siguientes:

¿Es posible ordenar el reembolso de los valores que la paciente Margoth Rosa de Alcocer asumió por concepto de la atención realizada desde el 02 de julio de 2019 en la Clínica Santa María S.A.S.?

Tesis

Confirmar la decisión de primer grado.

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

3.1. De los Reembolsos por la Atención de Urgencias.

Las Entidades Promotoras de Salud- E.P.S. cumplen la **función de aseguradoras** en salud, pues son las responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de la prestación del servicio de salud, ya que son las encargadas de asumir el riesgo transferido por el usuario, tal y como lo establece el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, norma que además señala que, las E.P.S. en cada régimen son las responsables de cumplir con funciones indelegables del aseguramiento.

Así mismo, el Congreso profirió la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud en sus dos facetas: como derecho y como servicio público. En este desarrollo legislativo se consagró, de un lado el derecho a la salud como fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo, y de otro, como servicio público esencial y obligatorio, el cual **debe prestarse de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud**, tal y como lo dispone el artículo 2° de la norma en mención.

Por su parte, la H. Corte Constitucional en diferentes pronunciamientos, como lo es la sentencia T- 418 de 2013, ha expuesto que

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01040 -01.

Demandante: **SERGIO ALFONSO ALCOCER ROSA.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

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

Por lo anterior, es claro que la integralidad comprende un conjunto de circunstancias: cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que se valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud.

Ahora bien, y para que proceda el reembolso de los servicios médicos requeridos, es necesario tener en cuenta que el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, establece:

“ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. <Ver Notas del Editor> Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de **incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.** La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto”.

En igual sentido, el literal b) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, reza:

“b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos:

1. Por concepto de **atención de urgencias** en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen.

2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica.

3. En los eventos de **incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia** demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios”.

Así las cosas, se hace necesario determinar cuándo se está frente a una **atención de urgencias**, frente a lo que se hace menester empezar por definir el concepto de urgencia. Al punto, la Organización Mundial de la Salud – O.M.S. – señala que es *“la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”*¹

Ahora bien, el servicio de urgencia, como servicio asistencial, al tenor de lo dispuesto en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, *“debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa”*.

Por su parte, el numeral 5 del artículo 8 de la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social (que modificó la Resolución 5592 de 2015), la atención de urgencias consiste en la *“modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la*

¹ “Urgencia, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado” - J. Gómez Jiménez -Servicio de Urgencias. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Principat d’Andorra.

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01040 -01.

Demandante: **SERGIO ALFONSO ALCOCER ROSA.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad”.

Igualmente, el artículo 10 literal b) de la Ley 1751 de 2015, al establecer los derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación del servicio de salud, dispuso lo siguiente:

“Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud: (...)

***b)** Recibir la **atención de urgencias** que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno”.*

De esta manera, la **atención de urgencias**, únicamente busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad, tal y como se asentó en sentencia T-210 de 2018.

No obstante, en el ordenamiento jurídico también se encuentra el concepto de atención inicial de urgencias, tal y como se logra verificar del párrafo del artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 que dispone expresamente:

*“**Parágrafo.** Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato”.*

De esta manera, es claro que estamos frente a tres definiciones similares, pero diferentes, esto es, urgencia, atención de urgencias, y atención inicial de urgencias; conceptos que en todo caso ya se encuentran en el Decreto 780 de 2016, así como en el Decreto 866 de 2017, en los siguientes términos:

*“**Artículo 2.5.3.2.3 Definiciones.** Para los efectos del presente Título, adóptense las siguientes definiciones:*

***1. Urgencia.** Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología*

Demandante: **SERGIO ALFONSO ALCOCER ROSA.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2. Atención inicial de urgencia. *Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.*

3. Atención de urgencias. *Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias”.*

Así las cosas, el literal b) del artículo 41 de la Ley 1438 de 2011 establece que procede el reconocimiento económico de los gastos que el afiliado haya incurrido por **atención de urgencias** en caso de ser atendido por una I.P.S. que no tenga contrato con la E.P.S. cuando exista incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada.

Descendiendo al caso de estudio, encontramos que el 02 de julio de 2019, la señora Margoth Rosa de Alcocer acudió a la Clínica de Santa María S.A.S. en donde se consignó *“traslado de urgencia adultos paciente de 96 años de edad, quien es tralada (sic) de urgencia adulto, por solicitud de medicina interna, se trata de paciente que cursa con cuadro clínico de más o menos 3 días de evolución de disnea de pequeños a medianos esfuerzos asociados a disconfor general y sensación de palpitaciones, por lo que es llevada a médico particular quien encuentra cifras tensionales elevadas y FC en 30 x minuto, deriva a urgencia para valoración, al ingreso a urgencias cursa se evidencia en EKG trazado sinusal con arritmia tipo mobitz 2, 2:1, sin estabilidad hemodinámica, se inicia manejo sintomático y se decide traslado a UCI intermedios por alto riesgo de descompensación hemodinámica, y para cardiaca”* (fls. 14 a 18 del archivo 2 de la carpeta 06).

Frente a tal escenario, la galeno Alejandra Rojas Rojas informó que MEDIMÁS E.P.S. no garantizó la atención integral, oportuna y continua que requería la paciente, específicamente la valoración por electrofisiología y la implantación de marcapasos unicameral definitivo por lo que sugirió que el expediente, debía incluso, ser trasladado a la delegada de investigaciones administrativas para que realizara las acciones que considerara pertinentes.

De esta manera, para la Sala es claro que el escenario en el que se encontraba inmerso el accionante era una urgencia, pues ingresó con un cuadro clínico de evolución de tres días – remitido por medicina interna de la E.P.S.- de disnea de pequeños a medianos esfuerzos asociados a disconfort general, cifras tensionales elevadas y sin estabilidad hemodinámica; razón por la que el médico tratante consideró necesario su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, y se ordena como plan la implantación de marcapaso.

Sobre el tópico, se rememora que la H. Corte Constitucional en diferentes pronunciamientos, como la sentencia T-760 de 2008, estableció que el ámbito de protección constitucional en el acceso a los servicios de salud, son aquellos que la persona requiere, según el médico tratante, sin que ello signifique que el derecho a la salud sea absoluto, ilimitado e infinito en el tipo de prestaciones cobijadas; y que el principal criterio para determinar cuáles son estos mínimos servicios de salud a los que una persona tiene derecho a acceder, es el concepto científico del médico tratante, aunque no de forma exclusiva, pues hay algunos casos en los que es prescindible o puede ser controvertido.

Lo anterior, por cuanto el concepto de un médico que trata a una persona puede llegar a obligar a una entidad de salud a la cual no se encuentre adscrito, no obstante, la exigencia de que el médico que ordene el servicio requerido debe estar adscrito, puede convertirse en una barrera al acceso. Es por ello que la jurisprudencia constitucional ha considerado que las órdenes impartidas por profesionales de la salud idóneos, que hacen parte del Sistema, obligan a una entidad de salud cuando ésta ha admitido a dicho profesional como ‘médico tratante’, así no éste adscrito a su red de servicios, y ha protegido el derecho a la salud cuando el servicio se “*requiere*”, pero no así cuando el servicio es “*útil*” y el médico sólo lo recomienda sin ser indispensable; en tal evento, es donde ha fijado un límite al derecho.

De esta manera, es claro que el proceder del médico tratante fue el de determinar que el accionante requería hospitalización e implantación de marcapaso, determinación que claramente buscaba preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras de la

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01040 -01.

Demandante: **SERGIO ALFONSO ALCOCER ROSA.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

sintomatología que presentaba la paciente, por lo que para ello se dispuso el uso de tecnologías en salud para su atención y se desplegó todo un conjunto de acciones que fueron realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por la urgencia.

Así las cosas, los tratamientos que recibió la demandante debieron no sólo efectuarse de forma integral sino que también se tenían que brindar sin ningún tipo de obstáculos, pues la omisión de la E.P.S., la falta de atención médica o la imposición de barreras formales para acceder a las prestaciones que impliquen grave riesgo para la vida de personas en situación evidente de indefensión son circunstancias que no se pueden sobrellevar ni imponer su carga o solución al afiliado, cuando es la entidad la que tiene el deber de aseguramiento (mirar sentencias T- 745 de 2009, T-437 de 2010, y T-199 de 2013).

En ese sentido, era imperativo que se brindara el servicio requerido por la señora Margoth Rosa de Alcocer, máxime si se tiene en cuenta que se estaba frente a una persona de la tercera edad. Al respecto, en sentencias T-801 de 1998, T-1178 de 2008, T-352 de 2010, T-925 de 2011, T-024 de 2014, T-252 de 2017, y T-066 de 2020, por mencionar algunas, se desarrolló un criterio encaminado a proteger de manera especial y reforzada a las personas de la tercera edad, en el que la protección al derecho fundamental a la salud se provee de manera reforzada, en virtud del principio de igualdad y por la vulnerabilidad de los sujetos enunciados.

Así, la omisión de las entidades prestadoras del servicio de salud, la falta de atención médica o la imposición de barreras formales para acceder a las prestaciones hospitalarias que se encuentren dentro del POS que impliquen grave riesgo para la vida de personas en situación evidente de indefensión, son circunstancias que no se pueden sobrellevar, cuando la entidad tiene el deber de aseguramiento.

Al punto, se precisa que el concepto de adulto mayor difiere del de la persona de la tercera edad, pues el primero es quien supera la edad de 60 años, y el segundo, es quien además de ser adulto mayor ha superado la

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01040 -01.

Demandante: **SERGIO ALFONSO ALCOCER ROSA.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

expectativa de vida, la que actualmente se encuentra en 76 años (T-013 de 2020)

Así las cosas, resulta prístino el deber de la E.P.S. de asumir los gastos en que incurrió la paciente Margoth Rosa de Alcocer, pues la atención que se le brindó no fue caprichosa ni mucho menos impulsada únicamente por un deseo utilitarista de su núcleo familiar.

Finalmente y, en cuanto al recibo de caja 00507 allegado para realizar el correspondiente cobro de la consulta por electrofisiología, este cuenta con el nombre de Santa María S.A.S.- Sociedad de Hemodinamia, quien cuenta con el N.I.T. 900015779-9, como se puede colegir del estudio integral de los medios probatorios, por lo que, en tal sentido tal argumento no resulta avante.

Corolario de lo anterior, se CONFIRMARÁ la sentencia.

3. COSTAS DE SEGUNDA INSTANCIA.

Sin costas en esta instancia.

4. DECISIÓN

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

R E S U E L V E:

PRIMERO. – **CONFIRMAR** la sentencia proferida el 01 de diciembre de 2022 por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, por lo expuesto en la parte considerativa.

SEGUNDO. – Sin costas en esta instancia.

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01040 -01.

Demandante: **SERGIO ALFONSO ALCOCER ROSA.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

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

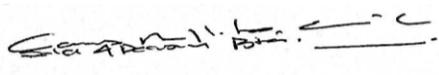
Los Magistrados,



GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA

Diego Roberto Montoya

DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN



Carlos Alberto Cortés Corredor

CARLOS ALBERTO CORTÉS CORREDOR

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01046 -01.

Demandante: **LUZ AMPARO OSORNO LONDOÑO.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ

SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL

GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA

Magistrado ponente.

Bogotá, D.C., cuatro (04) de octubre de dos mil veintitrés (2023).

Discutido y Aprobado según Acta No 010.

1. ASUNTO

La Sala decide el **RECURSO DE APELACIÓN** que **MEDIMÁS E.P.S.** interpuso contra la providencia proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud el 06 de octubre de 2022, dentro del proceso sumario laboral que **LUZ AMPARO OSORNO** adelanta contra la recurrente.

2. ANTECEDENTES

2.1. Pretensiones y Hechos.

En lo que aquí concierne con la demanda, se pretende el reconocimiento y pago de \$12'202.700 por gastos en que incurrió en atención de urgencias.

Como fundamento de sus pretensiones, narró los siguientes hechos: **1)** Se encuentra afiliada a MEDIMÁS E.P.S. y goza de los servicios de Med Plus Medicina Prepagada S.A.; **2)** El 01 de febrero de 2019 tuvo un accidente doméstico que le generó un trauma en codo derecho, luxación de radiocapitelar con fractura de cúpula radial mason II; **3)** Por lo anterior, fue atendida de urgencias en la Clínica Las Vegas por parte de Med Plus Medicina Prepagada S.A. donde le fue inmovilizada su extremidad y le fueron

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01046 -01.

Demandante: **LUZ AMPARO OSORNO LONDOÑO.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

practicados exámenes y radiografías pertinentes. Luego de la respectiva revisión le fueron ordenados los siguientes procedimientos: “*Reducción abierta de fractura en segmento proximal de cúbito o de olecranon con fijación interna, reducción abierta de fractura en segmento proximal de radio (cúpula radial) con fijación interna, reconstrucción secundaria de ligamentos de codo con auto o aloinjerto y reemplazo parcial de procesico de codo sod*”; **4)** La E.P.S. la sometió a diversos procedimientos burocráticos y administrativos, y no le autorizaban su servicio médico, puesto que la póliza sólo tenía una cobertura de hasta 10 S.M.L.M.V. y los costos de la prótesis ascendía a \$20'000.000; **5)** La E.P.S. no autorizó el suministro de: “*placa de olecranon, tornillo cortical, cabeza 20mm izquierda, vástago de 8.00 mm x 0.0mm, placa de cúpula radial, tornillo cortical hd6 de 2,0*14mm, tornillo bloqueado hd6 de 2,0*14mm, tornillo bloqueado 2,0*24mm, juggerknot 1,4 con aguja, juggerknot 1,0 con aguja*”; **6)** El 18 de febrero de 2018 (sic) señaló el ortopedista de la E.P.S. que debía ser atendida de urgencias por su lesión; **7)** Para pagar el procedimiento e insumos médicos que necesitaba tuvo que tomar dinero prestado; **8)** El 01 de marzo de 2019 le fue realizado el correspondiente procedimiento; y **9)** El 26 de marzo de 2019 se negó la solicitud de reembolso que realizó, señalado que esta era extemporánea, pese a que se encontraba en estado de incapacidad, y haber intentado el reclamo el 14 de marzo de 2019 en las instalaciones de la entidad en Medellín, en donde le informaron que debía hacerlo en Bogotá, motivo por el que ese mismo día remitió correo.

2.2. Respuesta a la Demanda.

MÉDIMAS E.P.S. (carpeta 03), se opuso a las pretensiones de la demanda, presentando las excepciones que consideraba tener a su favor.

Adujo que la actora no acudió a solicitar los servicios ante la E.P.S. sino que lo hizo ante su asegurada de medicina prepagada; y que no se aporta prueba alguna de que se hubiere solicitado la urgencia ante la E.P.S.

2.3. Providencia Recurrida.

El **A Quo** dictó sentencia condenatoria, en los siguientes términos:

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01046 -01.

Demandante: **LUZ AMPARO OSORNO LONDOÑO.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

PRIMERO: ACCEDER PARCIALMENTE a la pretensión incoada por la demandante en contra de la E.P.S. MEDIMÁS, en liquidación.

SEGUNDO: ORDENAR a E.P.S. MEDIMÁS, en liquidación, a reconocer y pagar a favor de la demandante la suma de \$11'952.700, teniendo en cuenta lo dispuesto en el Decreto 2555 de 2010, que consigna las reglas para el pago de obligaciones litigiosas originadas durante el proceso liquidatorio (...)

Para arribar a la anterior decisión, señaló que la salud se trata de un derecho fundamental que se debe amparar teniendo en cuenta los principios que lo rigen, oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad, continuidad, entre otros; que la actora ingresó a la Clínica Las Vegas el 01 de febrero de 2019 por urgencias al sufrir un accidente doméstico, con cargo a Med Plus Medina Prepagada S.A.; que dicho accidente presentó trauma en codo derecho, luxación de radiocapitelar con fractura de cúpula radial mason II; que le fueron ordenados diversos procedimientos, no obstante, estos no se llevaron a cabo por fallas de accesibilidad y oportunidad en el servicio prestado a la demandante, teniendo esta que asumir los procedimientos que le habían sido ordenados; que la demandante fue sometida a diversos procedimientos administrativos pese a contar con el estatus de adulto mayor; y que los servicios que se demostraron únicamente ascienden a la suma de \$11'952.700.

2.4. Argumentos de la Recurrente.

MEDIMÁS E.P.S. dijo que emitió respuesta de las solicitudes elevadas por la demandante, solicitando el correspondiente recobro por los servicios que pagó de su propio peculio; y que tal situación no la realizó dentro del término que otorga la ley, con lo que se incumplieron los deberes por parte del usuario.

2.5. Actuación Procesal en Segunda Instancia.

Ingresadas las diligencias al despacho, se observa que no existe nulidad que invalide lo actuado y, se advierte que en virtud de lo previsto en el artículo 66 A del C.P.T. y de la S.S, la competencia del Tribunal se limita al estudio exclusivo de las materias objeto del recurso.

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01046 -01.

Demandante: **LUZ AMPARO OSORNO LONDOÑO.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

3. CONSIDERACIONES PARA DECIDIR

Sentado lo anterior y conforme a los reparos expuestos en la apelación la Sala encuentra como **problemas jurídicos** por resolver los siguientes:

¿Es posible ordenar el reembolso de los valores que la paciente Luz Amparo Osorno Londoño asumió por concepto de procedimientos ordenados en la atención de urgencias que se le prestó desde el 01 de febrero de 2019?

Tesis

Confirmar la decisión de primer grado.

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

3.1. De los Reembolsos por la Atención de Urgencias.

Las Entidades Promotoras de Salud- E.P.S. cumplen la **función de aseguradoras** en salud, pues son las responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de la prestación del servicio de salud, ya que son las encargadas de asumir el riesgo transferido por el usuario, tal y como lo establece el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, norma que además señala que, las E.P.S. en cada régimen son las responsables de cumplir con funciones indelegables del aseguramiento.

Así mismo, el Congreso profirió la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud en sus dos facetas: como derecho y como servicio público. En este desarrollo legislativo se consagró, de un lado el derecho a la salud como fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo, y de otro, como servicio público esencial y obligatorio, el cual **debe prestarse de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud**, tal y como lo dispone el artículo 2° de la norma en mención.

Por su parte, la H. Corte Constitucional en diferentes pronunciamientos, como lo es la sentencia T- 418 de 2013, ha expuesto que

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01046 -01.

Demandante: **LUZ AMPARO OSORNO LONDOÑO.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

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

Por lo anterior, es claro que la integralidad comprende un conjunto de circunstancias: cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que se valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud.

Ahora bien, y para que proceda el reembolso de los servicios médicos requeridos, es necesario tener en cuenta que el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, establece:

“ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. <Ver Notas del Editor> Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de **incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.** La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto”.

En relación con los términos del citado artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, la Corte Constitucional en sentencias como la T-594 de 2007 y T-650 de 2011, ha establecido que la vulneración de los derechos de un afiliado se torna más gravosa, cuando la entidad niega el reconocimiento del pago de los urgencias asumidas por el afiliado, con fundamento en el incumplimiento de un requisito meramente formal, como es la extemporaneidad de la reclamación, esto es, vencido el término establecido en el artículo 14 de la resolución 5261 de 1994, según la cual “... *la solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los quince (15) días siguientes al alta del paciente...*”; circunstancias que a juicio de máximo tribunal constitucional no puede entenderse de ningún modo como un término prescriptivo de la obligación.

Por otra parte, el literal b) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, reza:

“b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos:

- 1.** Por concepto de **atención de urgencias** en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen.
- 2.** Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica.
- 3.** En los eventos de **incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia** demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios”.

Así las cosas, se hace necesario determinar cuándo se está frente a una **atención de urgencias**, frente a lo que se hace menester empezar por definir el concepto de urgencia. Al punto, la Organización Mundial de la Salud – O.M.S. – señala que es *"la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia"*¹

¹ “Urgencia, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado” - J. Gómez Jiménez -Servicio de Urgencias. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Principat d’Andorra.

Ahora bien, el servicio de urgencia, como servicio asistencial, al tenor de lo dispuesto en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, *“debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa”.*

Por su parte, el numeral 5 del artículo 8 de la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social (que modificó la Resolución 5592 de 2015), la atención de urgencias consiste en la *“modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad”.*

Igualmente, el artículo 10 literal b) de la Ley 1751 de 2015, al establecer los derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación del servicio de salud, dispuso lo siguiente:

“Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud: (...)

b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno”.

De esta manera, la atención de urgencias, únicamente busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad, tal y como se asentó en sentencia T-210 de 2018.

No obstante, en el ordenamiento jurídico también se encuentra el concepto de atención inicial de urgencias, tal y como se logra verificar del párrafo del artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 que dispone expresamente:

“Parágrafo. *Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a*

la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato”.

De esta manera, es claro que estamos frente a tres definiciones similares, pero diferentes, esto es, urgencia, atención de urgencias, y atención inicial de urgencias; conceptos que en todo caso ya se encuentran en el Decreto 780 de 2016, así como en el Decreto 866 de 2017, en los siguientes términos:

“Artículo 2.5.3.2.3 Definiciones. Para los efectos del presente Título, adoptense las siguientes definiciones:

1. Urgencia. *Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.*

2. Atención inicial de urgencia. *Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.*

3. Atención de urgencias. *Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias”.*

Así las cosas, el literal b) del artículo 41 de la Ley 1438 de 2011 establece que procede el reconocimiento económico de los gastos que el afiliado haya incurrido por **atención de urgencias** en caso de ser atendido por una I.P.S. que no tenga contrato con la E.P.S. cuando exista incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada.

Descendiendo al caso de estudio, encontramos que el 01 de febrero de 2019, la demandante acudió al Centro de Ortopedia El Poblado por haber presentado caída en su propia altura con trauma en codo derecho, edema, dolor, y restricción en la extensión completa, lo que le generó un diagnóstico de fractura de epífisis superior del cubito y radio derecho, señalándose que se efectuó inmovilización del brazo y que debía realizar los trámites para cirugía; el 02 de febrero de 2019, la demandante acudió a la Clínica Las Vegas en donde se ordenó los siguientes procedimientos *“Reducción abierta*

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01046 -01.

Demandante: **LUZ AMPARO OSORNO LONDOÑO.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

de fractura en segmento proximal de cúbito o de olecranon con fijación interna, reducción abierta de fractura en segmento proximal de radio (cúpula radial) con fijación interna, reconstrucción secundaria de ligamentos de codo con auto o aloinjerto y reemplazo parcial de procesico de codo sod” (anexos, carpeta 01).

Frente a tal escenario, la galeno Marbel D. Ruggiero informó que *“se trata del reconocimiento de los gastos por el material de osteosíntesis utilizado en cirugía ortopédica, insumos que no tenían cubrimiento dentro del contrato de medicina prepagada existente a la fecha de los hechos; procedimiento muy necesario para concluir el tratamiento correctivo de la lesión presentada el 1 de febrero de 2019 y que presentaba inoportunidad ya que llevaba un tiempo prolongado sin solución y que ameritaba la cirugía para el control de los riesgos de cicatrización sin intervención oportuna”*

De esta manera, para la Sala es claro que el escenario en el que se encontraba inmerso la accionante era una urgencia, pues ingresó con una fractura de epífisis superior del cubito y radio derecho; razón por la que el médico tratante consideró necesario los procedimientos narrados, los que debía brindarse de forma integral y de forma oportuna. Nótese como la E.P.S. pese a que la demandante acudió el 14 de febrero de 2019 a medicina general, en este escenario también se indicó la urgencia del escenario en el que estaba inmerso la actora, no obstante, no se suministraron los procedimientos que requería para la recuperación de su salud, teniendo que acudir la misma demandante a cubrir sus correspondientes gastos médicos.

Sobre el tópico, se rememora que la H. Corte Constitucional en diferentes pronunciamientos, como la sentencia T-760 de 2008, estableció que el ámbito de protección constitucional en el acceso a los servicios de salud, son aquellos que la persona requiere, según el médico tratante, sin que ello signifique que el derecho a la salud sea absoluto, ilimitado e infinito en el tipo de prestaciones cobijadas; y que el principal criterio para determinar cuáles son estos mínimos servicios de salud a los que una persona tiene derecho a acceder, es el concepto científico del médico tratante, aunque no de forma exclusiva, pues hay algunos casos en los que es prescindible o puede ser controvertido.

Lo anterior, por cuanto el concepto de un médico que trata a una persona puede llegar a obligar a una entidad de salud a la cual no se encuentre adscrito, no obstante, la exigencia de que el médico que ordene el servicio requerido debe estar adscrito, puede convertirse en una barrera al acceso. Es por ello que la jurisprudencia constitucional ha considerado que las órdenes impartidas por profesionales de la salud idóneos, que hacen parte del Sistema, obligan a una entidad de salud cuando ésta ha admitido a dicho profesional como ‘médico tratante’, así no éste adscrito a su red de servicios, y ha protegido el derecho a la salud cuando el servicio se “*requiere*”, pero no así cuando el servicio es “*útil*” y el médico sólo lo recomienda sin ser indispensable; en tal evento, es donde ha fijado un límite al derecho.

De esta manera, es claro que el proceder del médico tratante fue el de determinar que el accionante requería “*Reducción abierta de fractura en segmento proximal de cúbito o de olecranon con fijación interna, reducción abierta de fractura en segmento proximal de radio (cúpula radial) con fijación interna, reconstrucción secundaria de ligamentos de codo con auto o aloinjerto y reemplazo parcial de procesico de codo sod*”; determinación que claramente buscaba preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras de la sintomatología que presentaba la paciente, por lo que para ello se dispuso el uso de tecnologías en salud para su atención y se desplegó todo un conjunto de acciones que fueron realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por la urgencia inicial.

Así las cosas, los tratamientos que recibió la demandante debieron no sólo efectuarse de forma integral sino que también se tenían que brindar sin ningún tipo de obstáculos, pues la omisión de la E.P.S., la falta de atención médica o la imposición de barreras formales para acceder a las prestaciones que impliquen grave riesgo para la vida de personas en situación evidente de indefensión son circunstancias que no se pueden sobrellevar ni imponer su carga o solución al afiliado, cuando es la entidad la que tiene el deber de aseguramiento (mirar sentencias T- 745 de 2009, T-437 de 2010, y T-199 de 2013).

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01046 -01.

Demandante: **LUZ AMPARO OSORNO LONDOÑO.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

En ese sentido, era imperativo que se brindara el servicio requerido por la señora Luz Amparo Osorno Londoño, máxime si se tiene en cuenta que se estaba frente a una persona que ostenta la calidad de adulto mayor. Al respecto, en sentencias T-801 de 1998, T-1178 de 2008, T-352 de 2010, T-925 de 2011, T-024 de 2014, T-252 de 2017, y T-066 de 2020, por mencionar algunas, se desarrolló un criterio encaminado a proteger de manera especial y reforzada a las personas de la tercera edad y adultos mayores, en el que la protección al derecho fundamental a la salud se provee de manera reforzada, en virtud del principio de igualdad y por la vulnerabilidad de los sujetos enunciados.

Así, la omisión de las entidades prestadoras del servicio de salud, la falta de atención médica o la imposición de barreras formales para acceder a las prestaciones hospitalarias que se encuentren dentro del POS que impliquen grave riesgo para la vida de personas en situación evidente de indefensión, son circunstancias que no se pueden sobrellevar, cuando la entidad tiene el deber de aseguramiento.

Al punto, se precisa que el concepto de adulto mayor difiere del de la persona de la tercera edad, pues el primero es quien supera la edad de 60 años, y el segundo, es quien además de ser adulto mayor ha superado la expectativa de vida, la que actualmente se encuentra en 76 años (T-013 de 2020)

Así las cosas, resulta prístino el deber de la E.P.S. de asumir los gastos en que incurrió la demandante en su condición de usuaria del servicio de salud, pues los procedimientos que asumió por su cuenta no fue por una decisión caprichosa ni mucho menos impulsada únicamente por un deseo utilitarista de su parte.

Corolario de lo anterior, se CONFIRMARÁ la sentencia.

3. COSTAS DE SEGUNDA INSTANCIA.

Sin costas en esta instancia.

Código Único de Identificación: 11 001 22 05-000-2023-01046 -01.

Demandante: **LUZ AMPARO OSORNO LONDOÑO.**

Demandado: **MEDIMÁS E.P.S.**

4. DECISIÓN

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

R E S U E L V E:

PRIMERO. – **CONFIRMAR** la sentencia proferida el 06 de octubre de 2022 por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, por lo expuesto en la parte considerativa.

SEGUNDO. – Sin costas en esta instancia.

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

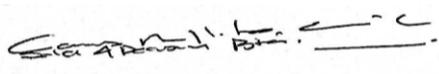
Los Magistrados,



GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA

Diego Roberto Montoya

DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN



Carlos Alberto Cortés Corredor

CARLOS ALBERTO CORTÉS CORREDOR

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-037-2018-00130 -01.

Demandante: CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS.

Demandado: MULTIPLUS LTDA y COLPENSIONES.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL

GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA

Magistrado ponente.

Bogotá, D.C., cuatro (04) de octubre de dos mil veintitrés (2023).

Discutido y Aprobado según Acta No 010.

1. ASUNTO

La Sala decide el **RECURSO DE APELACIÓN** interpuesto por **LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES**, así como el **GRADO JURISDICCIONAL DE CONSULTA** concedido a su favor, contra la sentencia que profirió el Juzgado Treinta y Siete Laboral del Circuito de Bogotá el 17 de enero de 2023, dentro del proceso ordinario laboral que **CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS** adelantan contra la recurrente y contra **MULTIPLUS LTDA EN LIQUIDACIÓN**.

2. ANTECEDENTES

2.1. **Pretensiones y Hechos.**

En lo que concierne con la demanda, los demandantes solicitaron de Mediplus Ltda., que se declare la existencia de un contrato de trabajo suscrito con su fallecido esposo y padre Ricardo Rodríguez Vargas, desde el 1 de abril de 2014 al 31 de mayo de 2015 y, en consecuencia, el pago de los aportes al sistema de seguridad social en pensión a través de cálculo actuarial.

De Colpensiones requirieron recibir el cálculo actuarial correspondiente y a la vez, el reconocimiento de la pensión de sobreviviente

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-037-2018-00130 -01.

Demandante: CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS.

Demandado: MULTIPLUS LTDA y COLPENSIONES.

a ella y a sus hijos menores Juan Felipe y David Ricardo Rodríguez Mejía con ocasión del fallecimiento del su esposo Ricardo Rodríguez Vargas acaecido el 2 de agosto de 2015, junto con los intereses moratorios, retroactivo, costas y agencias en derecho.

Como fundamentos de sus pretensiones, narraron que el 23 de febrero 2012 Claudia Mejía inició su vida marital con Ricardo Rodríguez hasta el 2 de agosto de 2015 fecha en la que falleció como consecuencia de cáncer; fruto de esa unión procrearon dos hijos: Juan Felipe y David Ricardo Rodríguez Mejía, en vida, Ricardo Rodríguez trabajó para las empresas: Conempleo ltda desde el 1° de julio de 2004 al 30 de abril de 2005; Contupersonal ltda desde el 1° de mayo de 2005 al 30 de septiembre de 2007; Cooperativa de trabajo Asociado desde el 1° de noviembre al 31 de diciembre de 2010; Ricardo Amézquita persona natural, desde el 1° de febrero al 31 de marzo de 2011; Asesoría en Servicios Ocasiones desde el 1° de marzo al 31 de marzo de 2011; Aguazul Bogotá SA ESP desde el 1° de junio de 2011 al 29 de febrero de 2012, Multiplus Ltda desde el 1 de abril de 2014 al 31 de mayo de 2015 y con Santiago Ricardo Sarmiento como persona natural, desde el 1° de junio al 2 de agosto de 2015.

Agregaron que en las empresas donde laboró su esposo estuvo afiliado al sistema de seguridad social integral, sin embargo, por omisión de la empresa Multiplus ltda dejó de ingresar las cotizaciones por el periodo que laboró en dicha empresa, por lo que fueron pagadas en el mes de marzo de 2016, no obstante, Colpensiones no los tuvo en cuenta al no haberse pagado a través de cálculo actuarial pues se cubrieron extemporáneamente, por ello, cuando solicitó el 15 de septiembre de 2015 la pensión de sobrevivencia fue negada, ante lo cual interpuso el recurso de apelación, el cual fue decidido mediante Resolución VPB77423 de 12 de febrero de 2016 sin lograr su cometido (*archivo 01escritodemanda.pdf*).

2.2. Respuesta a la Demanda.

Colpensiones se opuso a la demanda, no aceptó ninguno de los hechos propuestos por la actora. Indicó que la norma aplicable al caso en concreto es la ley 797 de 2003 y que si se verifica la historia laboral del causante no

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-037-2018-00130 -01.

Demandante: CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS.

Demandado: MULTIPLUS LTDA y COLPENSIONES.

se encuentra que haya acreditado el número mínimo de semanas cotizadas antes del fallecimiento, por lo que no le asiste el derecho a su favor. Propuso las excepciones de Prescripción, caducidad, cobro de no debido, no configuración del derecho a los intereses moratorios e indexación, buena fe y genérica (*archivo 08contestación.pdf*).

Por su parte Multiplus Ltda, representada por curador *ad litem* no se opuso a las pretensiones, no aceptó los hechos de la demanda, pero tampoco se opuso a las pretensiones. Formuló la excepción de prescripción (*archivo 15contestación.pdf*).

En audiencia de trámite del art. 77 del C.P.T y la S.S., el *a quo* decidió integrar a la litis a Daniela Alejandra Rodríguez Balsero, hija del causante quien compareció a través de curador *ad litem*, y frente a los hechos aceptó que el causante laboró para la entidad, la convivencia de la demandante con el causante y la existencia de dos hijos de la pareja. No propuso excepciones (*archivo 30contestación.pdf*).

2.3. Providencia Recurrida.

Se trata de la sentencia proferida por el *a quo* en los siguientes términos:

PRIMERO: DECLARAR que entre el señor RICARDO RODRÍGUEZ VARGAS (Q.E.P.D) en su calidad de trabajador y la empresa MULTIPLUS LIMITADA EN LIQUIDACIÓN en su calidad de empleador, existió un contrato de trabajo a término indefinido desde 01 de abril de 2014 hasta el 15 de mayo de 2015, con una asignación salarial equivalente al SMLMV, conforme la parte motiva de esta decisión.

SEGUNDO: SE ORDENA corregir y actualizar el reporte de semanas cotizadas en pensiones expedido por la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, para tal efecto se imputarán un total de 57.91 semanas, por el periodo comprendido entre el 01 de abril de 2014 al 15 de mayo de 2015, conforme la parte motiva de esta providencia.

TERCERO: CONDENAR a la demandada ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES- COLPENSIONES a reconocer y pagar a favor de la demandante señora CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y en su condición de representante legal de sus hijos menores de edad JUAN FELIPE RODRÍGUEZ MEJÍA y DAVID RICARDO RODRÍGUEZ MEJÍA el retroactivo pensional liquidado sobre trece mesadas, discriminados de la siguiente forma:

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-037-2018-00130 -01.

Demandante: CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS.

Demandado: MULTIPLUS LTDA y COLPENSIONES.

a. La suma de treinta y nueve millones setecientos sesenta y ocho mil setecientos cuarenta y seis pesos (\$39.768.746) calculado desde 02 de agosto de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2022; que corresponde al 50% del valor de la mesada pensional, el cual acrecentará una vez finalice el derecho de sus hijos menores de edad; la suma determinada sin perjuicio de las que se causen con posterioridad a la fecha indicada.

b. La suma de diecinueve millones novecientos sesenta y siete mil setecientos siete pesos (\$19.967.707) retroactivo correspondiente al menor DAVID RICARDO RODRÍGUEZ calculado desde 02 de agosto de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2022, en un porcentaje equivalente al 25% del valor de la mesada pensional, hasta tanto cumpla la mayoría de edad, o hasta los 25 años de edad siempre y cuando acredite las condiciones de estudio exigidas para tal finalidad; la cifra determinada sin perjuicio de las que se causen con posterioridad y en atención al acrecentamiento que se presentará del 50% por cesar el derecho a favor de Juan Felipe Rodríguez.

c. La suma de diecinueve millones ochocientos un mil treinta y nueve pesos (\$19.801.039) retroactivo correspondiente a JUAN FELIPE RODRÍGUEZ calculado desde el 02 de agosto de 2015 hasta el 20 de octubre de 2022, pues hasta esa fecha acreditó su derecho, valor calculado conforme al 25% del valor de la mesada pensional.

Se autoriza a la demandada COLPENSIONES para que descuenta de dichos valores, el valor que corresponda del retroactivo pensional con destino al sistema de seguridad social en salud, de conformidad con los argumentos expuestos en la parte motiva de la decisión.

CUARTO: CONDENAR a COLPENSIONES a reconocer y pagar a favor de la demandante señora CLAUDIA MEJÍA PATIÑO en su calidad de beneficiaria y representante legal de sus hijos menores de edad JUAN FELIPE RODRÍGUEZ MEJÍA y DAVID RICARDO RODRÍGUEZ MEJÍA los intereses moratorios originados a partir del 16 de enero de 2016, sobre las mesadas pensionales causadas desde el 02 de agosto de 2015 hasta la fecha que se acredite su pago efectivo, a la tasa máxima legal, de conformidad con el art. 141 de la Ley 100 de 1993.

QUINTO: ABSOLVER a MULTIPLUS LTDA EN LIQUIDACIÓN de las pretensiones invocadas en el presente proceso.

SEXTO: Se ordena surtir el grado jurisdiccional de CONSULTA en favor de COLPENSIONES por cumplirse los parámetros exigidos en el artículo 69 del C.P.T. y de la S.S.

SÉPTIMO: COSTAS a cargo de COLPENSIONES, para tal efecto, se fijan como agencias en derecho la suma equivalente a 2 SMMLV.

Asimismo, en nota aclaratoria de la sentencia, decidió:

Adicionar el literal B del numeral tercero de la parte resolutive, en el sentido de que el 25% de la proporción reconocida a favor del señor DAVID RICARDO RODRÍGUEZ operó hasta el 20 de octubre de 2022, con posterioridad se acrecentó en un 50% y el mismo será reconocido hasta tanto cumpla los requisitos exigidos para tal finalidad puesto que una vez vencido se acrecentará a favor de la señora CLAUDIA MEJÍA PATIÑO en su condición de beneficiaria como cónyuge supérstite.

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-037-2018-00130 -01.

Demandante: CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS.

Demandado: MULTIPLUS LTDA y COLPENSIONES.

Para arribar a la anterior decisión, señaló que quedó plenamente demostrado la existencia del vínculo laboral del causante con la empresa Multiplus Ltda., desde el 1° de abril de 2014 al 15 de mayo de 2015 en el cargo de vendedor y un salario de \$616.000 pesos tal como consta en el contrato de trabajo, la liquidación y la certificación laboral emitida por la empresa demandada; asimismo, encontró que la dicha empresa afilió al causante al sistema y efectuó extemporáneamente 57,91 semanas de cotización en pensión las cuales fueron recibidas por Colpensiones sin ejercer ninguna acción de cobro, por lo que los tuvo en cuenta como periodos imputados en la historia laboral.

Ahora, respecto del número mínimo de semanas para causar el derecho a la pensión de sobrevivencia, afirmó que, en los tres años anteriores al deceso, el causante logró acumular un total de 66,51 semanas de cotización y dado que encontró probada la convivencia de más de 13 años de la demandante con el causante, así como la relación de afiliación con sus dos hijos menores, accedió a conceder el derecho reclamado a favor de los demandantes, con excepción de su hija Daniela Alejandra Rodríguez Balsero, pues para la fecha de fallecimiento de su padre tenía 19 años y no acreditó estudios superiores. Por último, accedió a los a los intereses moratorios al probarse las razones dadas por la entidad no tuvieron sustento legal, más cuando omitió iniciar las acciones de cobro para recuperar las semanas que el causante laboró con Multiplus Ltda, y aclaró los montos de la mesada pensional a favor de los demandantes y el derecho de acrecentar la mesada.

2.4. Argumentos de la Recurrente.

Inconforme con la decisión, Colpensiones fundamentó su recurso de apelación en el hecho que los aportes pagados extemporáneamente no puede ser tenidos en cuenta, pues debieron hacerse a través de cálculo actuarial como lo ha señalado la Superintendencia Financiera, más cuando la empresa Multiplus no afilió al causante, por ende, no se le puede exigir el cobro de aportes causado en mora y sería esta última empresa quien estaría a cargo de la contingencia de sobrevivientes.

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-037-2018-00130 -01.

Demandante: CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS.

Demandado: MULTIPLUS LTDA y COLPENSIONES.

2.5. Actuación Procesal en Segunda Instancia.

Allegadas las diligencias a esta Corporación, mediante el auto de 6 de junio de 2023, se admitió el recurso de apelación. Luego, mediante auto de 17 de julio de 2023, se dispuso a correr el respectivo traslado a las partes para alegar, el cual fue utilizado por la demandante y la empresa Multiplus Ltda. para reafirmar sus argumentos.

Ingresadas las diligencias al despacho, se observa que no existe nulidad que invalide lo actuado y, se advierte que en virtud de lo previsto en los artículos 66 A y 69 del C.P.T. y de la S.S, la competencia del Tribunal se limita al estudio exclusivo de las materias objeto del recurso y al grado jurisdiccional a favor de Colpensiones.

3. CONSIDERACIONES PARA DECIDIR

Sentado lo anterior y conforme a los reparos expuestos en la apelación la Sala encuentra como **problema jurídico** por resolver el siguiente:

¿Es viable tener en cuenta los tiempos cotizados por Multiplus Ltda. después del fallecimiento de y realizados sin cálculo actuarial?

Tesis

Modificar parcialmente la decisión de primer grado.

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

3.1. De los aportes realizados después del fallecimiento.

Sea lo primero indicar que, la Seguridad Social se encuentra concebida en el ordenamiento jurídico como una garantía irrenunciable (artículo 48 de la Constitución Política), cuya prestación, como servicio público, se encuentra en cabeza del Estado, quien, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, propende por dirigir, coordinar y controlar su efectiva ejecución.

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-037-2018-00130 -01.

Demandante: CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS.

Demandado: MULTIPLUS LTDA y COLPENSIONES.

Esta garantía constitucional está consagrada, a su vez, en distintos instrumentos internacionales como en la Declaración Americana de los Derechos de la Persona y en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en los cuales se observa que esta prerrogativa tiene como finalidad amparar a las personas contra las consecuencias normales de la vejez, la viudez, la invalidez, y ante la imposibilidad física o mental para proveerse su propio sustento que les asegure una vida en condiciones dignas

Asimismo, los artículos 17 y 22 de la Ley 100 de 1993 establecen la obligación del empleador de cubrir los aportes al sistema de seguridad social, con el fin de cubrir las contingencias propias de invalidez, vejez y muerte de sus trabajadores, por lo que, ante su omisión, no pueden quedar desamparados los trabajadores frente a su expectativa a obtener un derecho pensional. Paralelamente, las administradoras de pensiones tienen el deber de cobro a los empleadores de aquellas cotizaciones que no han sido satisfechas oportunamente, ya que les corresponde garantizar la efectividad de los derechos de los afiliados mediante acciones de cobro como lo dispone el artículo 24 de la mencionada Ley.

Por su parte, la Corte Suprema de Justicia, ha sido clara en señalar que una interpretación de los artículos anteriores que debe ser guiada por los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, bajo esa línea, la mora del empleador en el pago del aporte no afecta la validez de las semanas de cotización de un afiliado, si la respectiva entidad de seguridad social no acredita el adelantamiento de las acciones tendientes a gestionar su cobro, así lo estableció en sentencia CSJ SL348-2019:

“En ese sentido, las pautas jurisprudenciales precedentes a las que acude el recurrente han sido justificadamente superadas por la Sala, a partir de premisas tales como que, en el caso de los trabajadores dependientes, la cotización se causa a partir de la prestación efectiva del servicio (CSJ SL, 30 sep. 2008, rad. 33476, CSJ SL5987-2014); que es el fondo de pensiones el que tiene a su alcance medidas legales eficaces para perseguir el pago de las cotizaciones (CSJ SL4932-2014); que el trabajador no puede asumir las consecuencias de conductas omisivas del empleador ajenas a su responsabilidad; y que, en dicha medida, la cotización debe ser validada, por el periodo correspondiente a su causación, así hubiera sido pagada de manera extemporánea (CSJ SL, 25 jul. 2012, rad. 40852, CSJ SL782-2013).

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-037-2018-00130 -01.

Demandante: CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS.

Demandado: MULTIPLUS LTDA y COLPENSIONES.

Ahora bien, contrario a lo aducido por la censura, la orientación jurisprudencial construida por la Corte en el tema estudiado encuentra pleno respaldo en las reglas sobre distribución de responsabilidades entre los agentes partícipes del sistema de pensiones; está abrigada por principios de la seguridad social como la eficiencia, la unidad y la integralidad; asegura la protección de las contingencias que afectan a todos los trabajadores, en el sentido amplio del término, a través de un sistema único, articulado y coherente, ajeno a la dispersión de modelos y de responsables del aseguramiento que se tenía con anterioridad; y no afecta las bases de financiación de las prestaciones, fundadas en el recaudo oportuno de los aportes, a cargo de los fondos, y en sistemas especiales de aseguramiento, con aseguradoras contratadas para tales fines.

Cabe advertir, finalmente, que las objeciones de la censura a la orientación defendida por la Sala se apoyan en meros supuestos especulativos, sin respaldo objetivo alguno, pues, entre otras cosas, la evasión en el pago de aportes al sistema es algo que, por mandato legal, corresponde perseguir a los propios fondos de pensiones, además de que las presuntas conductas fraudulentas constituyen supuestos que corresponde analizar en cada caso, pero que no pueden ser enarbolados en abstracto, para afectar los derechos fundamentales de los afiliados”.

3.2. Caso concreto.

No fue motivo de discusión en esta instancia: i) entre el 23 de febrero 2012 al 2 de agosto de 2015 fecha del fallecimiento de Ricardo Rodríguez, estuvo casado con Claudia Mejía Patiño, ii) de esa unión procrearon dos hijos: Juan Felipe y David Ricardo Rodríguez Mejía, iii) en vida, el causante trabajó entre otras, para Multiplus Ltda., desde el 1° de abril de 2014 al 31 de mayo de 2015, iv) quien no obstante haberlo afiliado (fl. 64 08contestacion.pdf), v) pagó los aportes después de la muerte del trabajador, esto es, en el mes de marzo de 2016 a través del operador Aportes en Línea del sistema PILA (fl. 37 a 39 01escritodemanda.pdf.).

En este orden de ideas, conforme a la línea jurisprudencial ya mencionada, para efectos de contabilizar las semanas cotizadas por el causante a fin de verificar si se cumplen los presupuestos legales tendientes a obtener el derecho pensional reclamado, esto es, no solo las semanas cubiertas oportunamente sino aquellas en mora y que exista la falta de gestión de cobro por parte de la administradora correspondiente, se evidencia, en primer término, la existencia de la relación laboral del *de cujus* con Multiplus Ltda desde el 1° de abril de 2014 al 31 de mayo de 2015, cuyo periodo fue sufragado con posterioridad al fallecimiento, y frente a la

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-037-2018-00130 -01.

Demandante: CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS.

Demandado: MULTIPLUS LTDA y COLPENSIONES.

obligación de Colpensiones consistente en adelantar en su oportunidad las gestiones administrativas o judiciales de cobro para obtener su pago, se constata que no lo hizo, pues solo se limitó en su recurso a afirmar que realizó el cobro respectivo, pero sin aportar prueba que así lo corrobore.

Por ello, tales periodos deben tenerse en cuenta y convalidarse para el cómputo de la densidad de cotizaciones requeridas para la causación de la pensión de sobrevivientes reclamada, como acertadamente lo determinó el *a quo*, más cuando con independencia de que Colpensiones se hubiera allanado o no a la mora al recibir el pago tardío de las cotizaciones, es decir, después de ocurrida, para el caso, la muerte del afiliado, Colpensiones de todos modos tiene la obligación de reconocer y cancelar el derecho por no ejercer las acciones de cobro.

En otras palabras, si no hay el cubrimiento de aportes antes del riesgo la prestación derivada del mismo se causa a favor del trabajador o sus beneficiarios, según el caso, y sí hay pago posterior al siniestro recibido por la demandada, también esa entidad debe responder por la pensión por no efectuar en su momento el respectivo cobro, además que el pago extemporáneo en estos casos habilita el cómputo de las cotizaciones en mora, máxime que los causahabientes no se pueden ver afectados con la omisión de la accionada, en sentencia CSJ SL7300-2016, reiterada en CSJ SL665-2022, precisó:

De otro lado, debe advertirse que frente a una mora en el pago de aportes y en el caso de que el trabajador sufra un infortunio del cual se desprenda el pago de determinadas prestaciones, lo cierto es que como lo sostuvo el Tribunal, la Corte tiene adoctrinado que si la entidad administradora no inicia las acciones de cobro para obtener el pago coactivo de los aportes insolutos, queda obligada al pago de las prestaciones correspondientes, pues ni el asalariado ni sus beneficiarios pueden verse afectados por la omisión del empleador en el pago de los aportes, como tampoco de la inercia de la entidad receptora de dichos aportes en accionar los mecanismos legales previstos para el recaudo efectivo de dichos aportes. Si ello es así, no importa que a la ocurrencia del infortunio no se hubieran cancelado los aportes en mora, pues si no hay la actitud positiva de la administradora para recaudar, la consecuencia es el pago de la prestación. Y por ello, tampoco importa que los aportes en mora hubieran sido cancelados por el empleador con posterioridad a la causación del riesgo, pues de todas maneras tendrá la administradora que asumir la obligación que se le reclama.

Por lo anterior, se confirmará la sentencia en este apartado.

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-037-2018-00130 -01.

Demandante: CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS.

Demandado: MULTIPLUS LTDA y COLPENSIONES.

De otro lado, y de conformidad con el grado jurisdiccional de consulta a favor de Colpensiones, la Sala encuentra ajustada la condena respecto de la fecha de causación del derecho a favor de los demandantes, como quiera que el derecho surgió a partir del fallecimiento del causante, esto es, desde el 2 de agosto de 2015 a la luz del artículo 12 de la Ley 797 de 2003 (norma vigente al momento del deceso), data en la que contabilizó 60,9 semanas incluyendo precisamente las cotizadas por Multiplus Ltda., así como el monto de la mesadas pensional teniendo en cuenta el IBL reportado en la historial laboral visible a folio 192 archivo 08contestación.pdf., el número de mesadas al año y los porcentajes asignados a cada uno de los demandantes, incluyendo el derecho de acrecimiento de las mesadas cuando alguno de los menores cumpla 18 o hasta los 25 años siempre y cuando se acrediten las condiciones de estudio.

Por último, respecto los intereses moratorios del artículo 141 de la Ley 100 de 1993, la doctrina tradicional de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa y pacífica en indicar que deben ser impuestos siempre que haya retardo en el pago de mesadas pensionales independientemente de la buena o mala fe en el comportamiento del deudor, o de las circunstancias particulares que hayan rodeado la discusión del derecho pensional en las instancias administrativas, por cuanto tienen el carácter resarcitorio y no sancionatorio, que conllevan el resarcimiento económico encaminado a aminorar los efectos adversos que producía al acreedor la mora del deudor en el cumplimiento de las obligaciones (CSJ SL10013-2017 y CSJ SL3664-2020).

En el caso particular, las razones expuestas frente a la negativa de contabilizar las semanas pagas en mora por no sujetarse al cálculo actuarial no están previstas en la ley, por lo que serían procedentes a partir de los dos meses siguientes a la solicitud (artículo 1° de la Ley 717 de 2001), no obstante, no se modificará este aspecto de la sentencia por cuanto la demandante no lo apeló e imponer condena implicaría transgresión al principio de la *non reformatio in pejus* en grado jurisdiccional de consulta a favor de Colpensiones (CSJ SL440-2021 y CSJ SL3693-2021).

Código Único de Identificación: 11 001 31 05-037-2018-00130 -01.

Demandante: CLAUDIA MEJÍA PATIÑO y OTROS.

Demandado: MULTIPLUS LTDA y COLPENSIONES.

4. COSTAS DE SEGUNDA INSTANCIA.

Sin Costas en esta instancia.

5. DECISIÓN

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

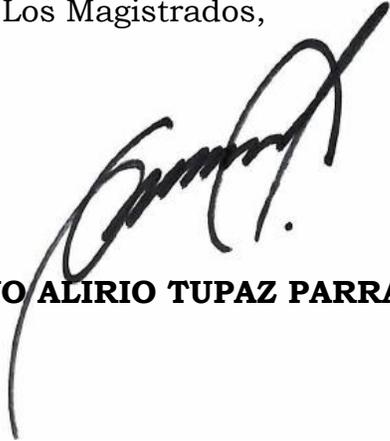
R E S U E L V E:

PRIMERO: CONFIRMAR en todas sus partes fallo apelado y consultado que profirió el Juzgado Treinta y Siete Laboral del Circuito de Bogotá el 17 de enero de 2023, de acuerdo con la parte motiva de esta providencia-.

SEGUNDO: Sin costas en esta instancia.

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

Los Magistrados,



GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA

Diego Roberto Montoya
DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN

Carlos Alberto Cortés Corredor
CARLOS ALBERTO CORTÉS CORREDOR