



**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ**

**MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA  
Magistrado Ponente**

**Radicación 2021-00987-01**

Bogotá D.C., treinta (30) de agosto de dos mil veintiuno (2021)

**DEMANDANTE: ARMANDO BERNAL RODRIGUEZ  
DEMANDADO: EPS UNICAJAS – COMFACUNDI  
ASUNTO : APELACIÓN (Demandada)**

En la fecha, se constituye la Sala de decisión laboral en audiencia pública a fin de resolver de plano el recurso de apelación interpuesto por la demandada, contra la providencia proferida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD el 18 de mayo de 2020.

No observándose irregularidad que invalide lo actuado, se procede a decidir conforme a los siguientes:

**I. ANTECEDENTES**

El señor ARMANDO BERNAL RODRIGUEZ, actuando a nombre propio, presentó ante la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** en contra de la EPS UNICAJAS - COMFACUNDI, en desarrollo de su función jurisdiccional, el reembolso de la suma de \$61.000.000 por concepto de gastos en que incurrió por concepto de compra de medicamentos.

Como fundamentos fácticos de la acción señaló en síntesis: Que está afiliado a la EPS UNICAJAS – COMFACUNDI, que solicitó una cita con medicina general, en el mes de mayo de 2017, en la cual le asignaron para el 7 de junio de 2017, con el fin que el médico lo remitiera con el especialista endocrinólogo para poder continuar

con su tratamiento hormonal que es de por vida. No obstante, a pesar de ser autorizado para que lo viera el endocrinólogo, manifiesta que no fue posible que le dieran la cita por teléfono, razón por la cual decidió dirigirse personalmente a la IPS DE LAS AMERICAS SAS y después de 2 horas, lo anotaron en una lista de espera para cita con el especialista, en donde le indicaron que se comunicarían con éste en los 20 días siguientes a efectos de asignarle la cita.

Señala que se acercó a la Superintendencia de Salud ubicada en la ciudad de Cali, lo cual consiguió radicar una queja en contra de COMFACUNDI, dando un plazo de un mes a la entidad para que respondieran, sin embargo nunca recibió una respuesta por parte de la IPS.

Pasado el mes, asistió a la IPS para consultar sobre su caso, le dieron una ficha y a las 3 horas lo atendieron, y le informaron que no estaba en el sistema, sin embargo lo incluyeron ese mismo día, y le informaron que debía esperar a que lo contactaran, sin embargo, pasado un mes sin que recibiera llamada o respuesta de la entidad.

En el mes de noviembre volvió a asistir a la misma sede de la Superintendencia de Salud, quienes volvieron a enviar la petición ante la IPS, donde le comunicaron que no había agenda después de 5 meses y que ellos se comunicaban con el demandante, pero nuevamente, no recibió llamada alguna.

No obstante todos los inconvenientes para poder conseguir cita médica con el especialista, tuvo que costear de su bolsillo el valor del medicamento (NEBIDO) (1 ampolla corresponde a 1.000 mg de undecanoato de testosterona), que tiene un costo superior a los \$180.000 pesos m/cte, y que es muy importante para su salud.

Admitida la solicitud (fl. 19 y 20) y corrido su traslado, la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD dio por contestada la demanda por parte de la accionada COMFACUNDI.

#### **DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**

Tramitada la instancia, mediante providencia del 18 de mayo de 2020, la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, decidió **ACCEDER** a la pretensión

formulada por el señor ARMANDO BERNAL RODRIGUEZ en contra de la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD UNICAJAS COMFACUNDI. **ORDENÓ** a EPSS UNICAJAS COMFACUNDI, a reconocer y pagar a favor del señor ARMANDO BERNAL RODRIGUEZ la suma de \$383.500. **COMPULSÓ COPIAS** del expediente J-2018-0197 a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional – Dirección de Inspección y Vigilancia para entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) de salud de la Superintendencia Nacional de Salud, si a ello hubiere lugar, en contra de EPSS UNICAJAS COMFACUNDI, conforme el Decreto 2462 de 2013 Artículos 21 y 22, para lo de su competencia.

### **RECURSO DE APELACIÓN**

Inconforme con la determinación, la demandada interpuso recurso de apelación, en contra de la sentencia proferida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD del 18 de mayo de 2020 a efectos de que sea revocada en su integridad, o de manera subsidiaria, se declare la nulidad de todo lo actuado, desde la admisión de la demanda.

#### **1. Nulidad del proceso:**

Señala que en el presente asunto, la funcionaria delegada hizo reiterada referencia al **concepto técnico científico** emitido por el doctor Luis Alfredo Ruiz Devia, del cual se extracta una serie de conclusiones profesionales desde el ámbito de la medicina, en el cual se establece, tanto la pertinencia médica del medicamento *Undecanoato Testosterona 1000/4 mg/ml*, como unos juicios de valor sobre la existencia de negligencia por parte de COMFACUNDI EPS – S, cumpliendo cabalmente el objeto que prevé la normatividad procesal para el dictamen pericial, que no es otro sino la verificación de hechos los cuales requieren de especiales conocimientos científicos, como es la propia medicina.

Así las cosas, señala que no existe constancia alguna que ponga en conocimiento del dictamen rendido por el galeno Luis Alfredo Ruiz Devia, pretermitiéndose la oportunidad a esta demandada a contradecir lo allí contenido con un galeno experto, violentándose de manera flagrante el debido proceso, en su dimensión de garantía de contradicción a las pruebas que en contra de COMFACUNDI se

aduzcan, y con ello, proporcionar al operador judicial de todos los elementos probatorios necesarios para emitir una providencia ajustada a derecho.

Aunado a lo anterior, señala que la decisión de primera instancia estuvo fundamentada en un dictamen decretado de oficio por la Superintendencia de Salud, en la cual se dictaminó la presunta negligencia de COMFACUNDI EPS-S, prueba que se reitera no fue puesta en conocimiento de la parte pasiva, negándose de plano la oportunidad para contradecir el mismo.

## 2. Falta de conformación del litisconsorcio necesario:

Señala que de conformidad con la lectura de la demanda y de la sentencia proferida, resulta palmaria la relación que se tiene entre COMFACUNDI EPS-S y la IPS DE LAS AMERICAS, pues en virtud de esta se remitió al señor Bernal para que ésta institución prestara los servicios de salud, en definitiva, siendo la entidad responsable del incumplimiento en la prestación material del servicio de salud, resultando en definitiva la necesidad de haber sido vinculada al presente proceso.

## 3. Ausencia de negativa injustificada o negligencia por parte de COMFACUNDI EPS-S:

Señala que de conformidad con los lineamientos establecidos por la EPS, COMFACUNDI procedió a autorizar la consulta requerida con especialista el 8 de junio de 2017 con autorización No. 2017123595, esto es, un día después de generada la orden médica, cuya IPS asignada fue la IPS DE LAS AMERICAS.

Así las cosas, de la lectura de la demanda y de la sentencia de primera instancia, se extrae que la causa generadora de la inconformidad en el servicio, que devino la omisión en la prestación del medicamento requerido, fue por **causa de la IPS DE LAS AMERICAS**, ya que ésta fue la entidad negligente en la prestación del servicio, al no asignarle cita con el especialista, pese a la obligación contractual y legal que tiene como ente integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en contra vía de los principios de oportunidad, calidad y disponibilidad.

Por el contrario, afirma que COMFACUNDI EPS – S, garantizó plenamente los derechos de su afiliado demandante, pues se observa la injustificada y reprochable

conducta de la IPS DE LAS AMERICAS, procedió a autorizar el medicamento requerido por el hoy accionante el 13 de julio de 2018, pese a no contar con la orden médica actualizada, lo cual puede contravenir en el suministro de un medicamento que no sea pertinente médicamente y producir efectos negativos en la salud del paciente.

Así las cosas, concluye que COMFACUNDI EPS – S garantizó cabalmente los derechos del señor Bernal puesto que (i) proveyó de la cita inicial de medicina general para continuar con su tratamiento, (ii) autorizó la consulta con médico especialista en endocrinología conforme orden médica, (iii) no demoró mas de 5 días para la autorización de la consulta cumpliendo cabalmente lo dispuesto en el artículo 2 de la Resolución 43311 de 2012, modificada por el Art. 7 de la Resolución 3047 de 2008, y por el artículo 2 de la Resolución 416 de 2009, y (iv) puso a su disposición la red prestadora debidamente contratada.

Y es que a su consideración, fue la IPS DE LAS AMERICAS, la entidad que obró con negligencia de cumplir con sus obligaciones respecto del afiliado demandante, por lo que es esta la merecedora del reproche que se hace por vía de ésta sentencia.

## **II. COMPETENCIA**

El artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, concede funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para conocer y fallar en derecho, en primera y única instancia, con carácter definitivo con las facultades propias de un juez. Así mismo. Establece que el recurso de apelación ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate.

En consecuencia, corresponde a la Sala Laboral de esta corporación el pronunciarse sobre la azada, de acuerdo a las siguientes:

## **III. CONSIDERACIONES FÁCTICAS Y JURÍDICAS:**

Observa la Sala, que el accionante, ARMANDO BERNAL RODRÍGUEZ acudió al trámite jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que

se definiera en su favor el reembolso de medicamentos que no fueron reconocidos por la demandada.

En aras de definir la controversia, cabe indicar que en reiteradas oportunidades la H. Corte Constitucional, ha señalado el carácter de fundamental y autónomo del derecho a la salud, que se encuentra en conexidad con otros derechos fundamentales y radica en cabeza de todas las personas en general debiendo ser protegido y garantizado por el estado.

El artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, establece a cargo de las Entidades Promotoras de Salud EPS, el cumplir con las funciones del aseguramiento en salud, entre los que se encuentra la garantía y acceso efectivo y con calidad a los servicios en salud, debiendo asumir el riesgo trasferido por usuario.

**ARTÍCULO 14. ORGANIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO.** *Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.*

*Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.*

Igualmente, deben cumplir con los principios establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, garantizando entre otros la accesibilidad al servicio de salud, su prestación oportuna y sin retrasos que pongan en riesgo la vida o la salud de los usuarios y a la continuidad en el tratamiento que reciben. (Artículo 3 Decreto 1011 de 2003)

Frente a la vulneración del derecho a la salud, por el no acceso oportuno a los servicios, el máximo Tribunal constitucional, en sentencia T 012 del 14 de enero de 2011, señaló:

(...)

4.2. *Específicamente sobre el derecho a acceder a los servicios de salud en forma oportuna, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha considerado que se vulneran*

los derechos a la integridad física y la salud de una persona cuando se demora la práctica de un tratamiento o examen diagnóstico ordenado por el médico tratante. Esta regla ha sido justificada por la Corte Constitucional, entre otras, en la sentencia T-881 de 2003,<sup>[14]</sup> en la cual se dijo:

*"Ha reiterado la jurisprudencia de esta Corporación, que el hecho de diferir, casi al punto de negar los tratamientos recomendados por médicos adscritos a la misma entidad, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y la salud de los pacientes, quienes deben someterse a esperas indefinidas que culminan por distorsionar y diluir el objetivo mismo del tratamiento originalmente indicado. El sentido y el criterio de oportunidad en la iniciación y desarrollo de un tratamiento médico, también ha sido fijado por la jurisprudencia como requisito para garantizar por igual el derecho a la salud y la vida de los pacientes. Se reitera entonces, que las instituciones de salud no están autorizadas para evadir y mantener indefinidamente en suspenso e incertidumbre al paciente que acredita y prueba una urgencia vital y la necesidad de un tratamiento médico como en este caso."<sup>[15]</sup>*

Ahora bien, respecto al trámite de los reembolsos, el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, consagra:

**ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS.** *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."*

A su vez, el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, otorga a la Superintendencia Nacional de Salud, la facultad de conocer y fallar con carácter definitivo, los asuntos referentes al reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS 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.

A su turno, el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011 faculta a los usuarios del Subsistema General de Seguridad Social en Salud que a través de un procedimiento judicial, preferente y sumario, se reclame el reembolso de los gastos médicos que hayan hecho por su cuenta.

Bajo tales presupuestos, procede el reembolso por parte de las EPS a un afiliado de los gastos en que hubiera incurrido, en los siguientes casos:

1. Atención médica de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS.
2. Cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica.
3. En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

A efectos de resolver los motivos de inconformidad planteados, corresponde a la Sala comenzar por indicar que no fue objeto de discusión entre las partes y se determina con el material probatorio allegado al proceso la condición de afiliado del señor ARMANDO BERNAL RODRIGUEZ al Sistema General de Seguridad Social en Salud a COMFACUNDI EPS-S.

Ahora bien, señala el recurrente que la decisión de primera instancia estuvo fundamentada en un dictamen decretado de oficio por la Superintendencia de Salud, en la cual se dictaminó la presunta negligencia de COMFACUNDI EPS-S, prueba que se reitera no fue puesta en conocimiento de la parte pasiva, negándose de plano la oportunidad para contradecir el mismo.

No obstante lo anterior, se trata de un concepto técnico científico que fue ordenado al interior del proceso, a efectos de tomar decisión de fondo al tratarse propiamente de temas médicos y técnicos, se puede cometer un error, resaltando que son herramientas con las que cuenta el operador judicial para tomar una decisión, dentro de un marco de administración de justicia, en virtud del artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007.

Así las cosas, no se trata de un dictamen decretado dentro de la instancia, sino que se trata de un soporte a efectos de poder tomar una decisión por ser temas técnicos y científicos que muchas veces desconoce el operador judicial, y en ese sentido no habrá lugar a declarar la nulidad del presente proceso.

Ahora bien, señala el recurrente que de conformidad con la lectura de la demanda y de la sentencia proferida, resulta palmaria la relación que se tiene entre COMFACUNDI EPS-S y la IPS DE LAS AMERICAS, pues en virtud de esta se remitió al señor Bernal para que ésta institución prestara los servicios de salud, siendo la entidad responsable del incumplimiento en la prestación material del servicio de salud, resultando en definitiva la necesidad de haber sido vinculada al presente proceso.

Y es que en ese sentido indica que la causa generadora de la inconformidad en el servicio, que devino la omisión en la prestación del medicamento requerido, fue por **causa de la IPS DE LAS AMERICAS**, ya que ésta fue la entidad negligente en la prestación del servicio, al no asignarle cita con el especialista, pese a la obligación contractual y legal que tiene como ente integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en contra vía de los principios de oportunidad, calidad y disponibilidad, en tanto que COMFACUNDI EPS – S, garantizó plenamente los derechos de su afiliado demandante, pues se observa la injustificada y reprochable conducta de la IPS DE LAS AMERICAS, quien procedió a autorizar el medicamento requerido por el hoy accionante el 13 de julio de 2018, pese a no contar con la orden médica actualizada, lo cual puede contravenir en el suministro de un medicamento que no sea pertinente médicamente y producir efectos negativos en la salud del paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, para la Sala no son de recibo los argumentos expuestos por parte del recurrente, como quiera que la remisión a la IPS LAS AMERICAS no la exime para que la EPS accionada garantice oportunamente la prestación del servicio que autoriza a través de su red de prestadores, en el presente asunto, garantizar la valoración de la especialidad que urgía el aquí demandante, conforme historia clínica allegada al plenario, la cual da cuenta que padece una enfermedad congénita, la cual compromete la actividad funcional hormonal localizada, y por lo cual requiere de por vida la suplencia del medicamento hormonal prescrito por su médico tratante.

En ese sentido no es razonable que la EPS pueda eximirse de garantizar de manera oportuna la prestación del servicio bajo el argumento que la IPS fue la negligente en su actuar, toda vez que su actuar se denota negligente, en tanto que dada la patología que padece el demandante, estaba en la obligación de garantizar la cita con el especialista endocrinólogo y la orden consecuente del medicamento que aquí se reclama, máxime si se tiene en cuenta que fue la misma EPS demandada quien autorizó el servicio, no obstante con su actuar omisivo y poco activo como garante de la prestación de salud de su afiliado, no fue posible la cita médica con el especialista, lo anterior por situaciones internas administrativas contractuales, que no debe soportar el afiliado, lo cual únicamente generan la interrupción y la obstaculización del acceso al servicio de salud, por lo que es la que debe responder por la no prestación de los servicios de salud que el demandante tiene derecho, no siendo admisibles el traslado de las cargas injustificadas además a los usuarios.

Y es que precisamente es la Ley 1751 de 2015 que dispone que la prestación del servicio y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones (...) las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua, en tanto que una vez la provisión de un servicio ha sido iniciado, éste no podrá verse interrumpido por razones administrativas o económicas, de lo contrario, se estaría dejando entre ver que la EPS no está cumpliendo con el aseguramiento en salud de sus afiliados.

Aclarado lo anterior, resulta procedente el reembolso deprecado por el demandante, de acuerdo a lo que resultó probado dentro del plenario, conforme la documental visible a folio 7 del expediente, se logra evidenciar que asciende a la suma de \$383.500, por lo que se ordenará su reembolso a favor del señor ARMANDO BERNAL RODRÍGUEZ.

Basta las anteriores consideraciones para **CONFIRMAR** la decisión de primera instancia.

**COSTAS.**

Sin costas en la alzada.

En mérito de lo expuesto el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, SALA SEGUNDA DE DECISIÓN LABORAL**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

**RESUELVE**

**PRIMERO. CONFIRMAR** la sentencia proferida el 18 de mayo de 2020, por la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, por las razones expuestas en el presente proveído.

**SEGUNDO. NO CONDENAR** en costas en la alzada.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA**  
Ponente



**DAVID A. J. CORREA STEER**



**ALEJANDRA MARÍA HENAO PALACIO**



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ**

**MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA**  
**Magistrado Ponente**

**Radicación 2021-01030-01**

Bogotá D.C., treinta (30) de agosto de dos mil veintiuno (2021)

**DEMANDANTE:** DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA PRESIDENCIA  
DE LA REPUBLICA - DAPRE  
**DEMANDADO:** SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN  
**ASUNTO :** APELACIÓN (Demandante)

En la fecha, se constituye la Sala de decisión laboral en audiencia pública a fin de resolver de plano el recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la demandante DAPRE, contra la providencia proferida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD el 10 de septiembre de 2020.

No observándose irregularidad que invalide lo actuado, se procede a decidir conforme a los siguientes:

**I. ANTECEDENTES**

El **DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA - DAPRE**, obrando por intermedio de apoderado judicial, presento ante la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, en desarrollo de su función jurisdiccional, solicitud reembolso por parte de la **SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN**, de las incapacidades por enfermedad general otorgadas al trabajador **CHARLES ROBERT TACHACK SUESCUN**, entre el 25 y 27 de agosto de 2015 y desde el 10 al 19 de septiembre de 2015.

Como fundamentos fácticos de la acción señaló en síntesis: Que el señor **CHARLES ROBERT TACHACK SUESCUN** fue nombrado el 16 de diciembre de 2014 mediante Resolución No. 5566 de 2014 en el Departamento Administrativo de

la Presidencia de la República en el cargo de ASESOR 2210-10, con una asignación salarial de \$6.130.877. Que el señor CHARLES ROBERT TACHACK SUESCUN estuvo incapacitado en dos oportunidades, la primera de ella los días 25 a 27 de agosto de 2015, y la segunda desde el 10 al 19 de septiembre de 2015, por valor de \$219.087 y \$2.190.866 respectivamente, incapacidades que le fueron canceladas al trabajador por parte del DAPRE. Que el área de talento humano del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República ofició en varias oportunidades a la IPS SALUDCOOP, sin que a la fecha haya sido posible su pago.

Admitida la solicitud (fl. 17) y corrido su traslado, la accionada SALUDCOOP EPS, se opuso a las pretensiones, señalando que la entidad demandante no presentó reclamación mediante el diligenciamiento y radicación del formulario correspondiente con los respectivos soportes, con lo cual se hubiesen hecho parte del proceso liquidatorio de SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN.

#### **DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**

Tramitada la instancia, mediante providencia del 10 de septiembre de 2020, la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, **ACCEDIÓ** a las pretensiones de la demanda; y en consecuencia **ORDENÓ** a SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN pagar la suma de \$1.226.237 con las correspondientes actualizaciones monetarias, por concepto de incapacidad laboral otorgada al trabajador CHARLES ROBERT TACHACK SUESCUN.

#### **RECURSO DE APELACIÓN**

Inconforme con la determinación, la apoderada de la demandante interpuso recurso de apelación solicitando se modifique la decisión y en su lugar se re-liquide la incapacidad reconocida al señor CHARLES ROBERT TACHACK SUESCUN, como quiera que en primera instancia se tomó el valor de \$6.130.877, siendo el valor correcto de \$9.196.315, tal y como se detalla en la liquidación hecha por la Superintendencia de Salud, pues no se puede omitir los demás factores salariales a tener en cuenta, como se observa en las planillas de pago que adjunta.

Finalmente, señala que la segunda incapacidad no obedece a una autónoma e independiente, sino que por el contrario, se trata de una prórroga de la primera.

## **II. COMPETENCIA**

El artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, concede funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para conocer y fallar en derecho, en primera y única instancia, con carácter definitivo con las facultades propias de un juez. Así mismo, establece que el recurso de apelación ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate.

En consecuencia, corresponde a la Sala Laboral de esta corporación el pronunciarse sobre la azada, de acuerdo con las siguientes:

## **III. CONSIDERACIONES FÁCTICAS Y JURÍDICAS:**

Observa la Sala, que la entidad accionante DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA - DAPRE, acudió al trámite jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se definiera en su favor el reconocimiento y pago de las incapacidades por enfermedad general otorgadas al trabajador CHARLES ROBERT TACHACK SUESCUN.

A efectos de resolver los motivos de inconformidad planteados, corresponde a la Sala comenzar por indicar que no fue objeto de discusión entre las partes y se determina con el material probatorio allegado al proceso, la condición de afiliado del señor CHARLES ROBERT TACHACK SUESCUN, al Sistema General de Seguridad Social en Salud a SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACION, como trabajador dependiente vinculado mediante Resolución No. 5566 de 2014 en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República en el cargo de ASESOR 2210-10.

Igualmente, se observa la existencia de dos incapacidades otorgadas por la EPS SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACIÓN, la primera de ellas, desde el 25 al 27 de agosto de 2015 (fl. 6), y la segunda desde el 10 al 19 de septiembre de 2015 (fl. 5).

Bajo tales presupuestos, interesa a la Sala comenzar por recordar que el artículo 121 del Decreto 019 de 2012, consagra:

**«ARTÍCULO 121. TRÁMITE DE RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD.**

*El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.*

*Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia.»*

El artículo 71 del Decreto 2353 de 2015, estableció como efectos de la mora en las cotizaciones de los trabajadores dependientes, en el caso del no pago por dos periodos consecutivos de las cotizaciones a cargo del empleador, siempre y cuando la EPS no se hubiera allanado a la mora, la suspensión de la afiliación y de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan de beneficios por parte de la EPS, tiempo en el cual el empleador en mora deberá pagar el costos de los que demande el trabajador y su núcleo familiar, así como las prestaciones económicas por incapacidad, licencia de maternidad y paternidad, salvo que hubiera mediado un acuerdo de pago.

Por su parte, el artículo 81 de la misma norma, estableció como requisitos para el reconocimiento de la incapacidad por enfermedad general, lo siguiente:

*“Artículo 81. Incapacidad por enfermedad general. Para el reconocimiento y pago de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados hubieren efectuado aportes por un mínimo cuatro (4) semanas. No habrá lugar al reconocimiento de la prestación de la incapacidad por enfermedad general con a los recursos General del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando se originen en tratamientos con fines estéticos o se excluidos del plan beneficios y sus complicaciones.”*

Posteriormente, el Decreto 780 de 2016 "Decreto único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social", estableció los siguientes requisitos mínimos para el reconocimiento y pago de las incapacidades dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud:

*“Artículo 2.1.13.4 Incapacidad por enfermedad general.*

*Para el reconocimiento y pago de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados cotizantes hubieren efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas.*

*No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o se encuentran excluidos del plan de beneficios y sus complicaciones.”*

De conformidad con lo anterior, resulta necesario precisar que las normas citadas sólo establecen para el reconocimiento y pago de incapacidades dos requisitos a saber: 1. Haber efectuado un mínimo de cotización correspondiente a 4 semanas y, 2. No encontrarse en mora.

En lo que hace al tema que nos ocupa debe precisar esta sala que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conlleva para empleados, empleadores, EPS y IPS, como integrantes del sistema general de salud, un conjunto de obligaciones que han sido preestablecidas por el legislador a fin de garantizar el derecho a la Salud a todos los ciudadanos.

Así pues, el Art. 3.2.1.3 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social dispuso:

*“Artículo 3.2.1.3 Ingreso Base de Cotización para los aportes en salud. En el Sistema de Seguridad Social en Salud, por tratarse de un riesgo que se cubre, mediante el pago anticipado de los aportes, **se tomará como base para el cálculo de éstos el valor de la nómina pagada o de los ingresos percibidos en el mes calendario anterior a aquel que se busca cubrir**, según sea el caso.”*

*(Art. 9 del Decreto 1406 de 1999 adicionado por el artículo 1 del Decreto 2236 de 1999)*

Y es que lo anterior cobra especial relevancia por cuanto **si bien el IBC esta constituido por diferentes factores salariales**, conforme lo dispone el artículo 14 del Decreto 1158 de 1994, también lo es que puede incluir otros factores que no son salariales y que podrían llegar a aumentar o disminuir la base de cotización, como por ejemplo aumentarse por una prima o las vacaciones, a modo de ejemplo; o disminuirse por el pago de un auxilio por incapacidad. En razón a lo anterior, en las planillas de autoliquidación de aportes, existen unas casillas en las cuales se registran las novedades que se presenten en los aportes mensuales de cada trabajador.

De lo anterior se extrae que resulta improcedente tomar como IBL de la prestación económica el IBC, por cuanto el IBC puede que no corresponda al salario

devengado por una persona al momento que da inicio la prestación económica reclamada, y además por cuanto el IBC puede contener factores adicionales al salarial, lo que puede generar liquidaciones incorrectas.

Así pues, el reconocimiento económico de las prestaciones económicas que se prevén para los cotizantes en el régimen contributivo, indistintamente de su calidad de servidor público o trabajador en el sector privado, tiene como base el SALARIO devengado por el usuario/trabajador al momento de dar inicio a la incapacidad, licencia de maternidad o licencia de paternidad.

Aclarado lo anterior, y contrario a lo afirmado por la apoderada de la accionante, el IBL a tomar no puede ser el salario base, incluido los demás factores salariales a tener en cuenta, sino por el contrario, el valor base de \$6.130.877 tal y como lo hizo la Superintendencia de Salud y como fue solicitado inicialmente en la demanda.

Ahora, como quiera que fueron dos incapacidades otorgadas al trabajador CHARLES ROBERT TACHACK SUESCUN, la primera de ellas por 3 días, desde el 25 al 27 de agosto de 2015 (fl. 6), y la segunda desde el 10 al 19 de septiembre de 2015 (fl. 5), se procederá a calcular el valor de la condena.

**1. Primera incapacidad desde el 25 al 27 de agosto de 2015:**

Días: Total 3, asume EPS 1  
Salario: \$6.130.877  
Fórmula:  $\frac{\text{SALARIO} \times 66.67\% \times \text{DIAS}}{30}$   
 $\frac{\$6.130.877 \times 66.67\% \times 1}{30} = \$136.248$

**2. Segunda incapacidad desde el 10 al 19 de septiembre de 2015:**

Días: Total 10, asume EPS 8  
Salario: \$6.130.877  
Fórmula:  $\frac{\text{SALARIO} \times 66.67\% \times \text{DIAS}}{30}$   
 $\frac{\$6.130.877 \times 66.67\% \times 8}{30} = \$1.089.988,19$

Teniendo en cuenta que el empleador asume los dos (2) primeros días de incapacidad, y que en el presente asunto existió una interrupción, y que contrario a lo afirmado por la recurrente, no se trata de una prórroga de incapacidad como lo quiera hacer ver, la EPS está en la obligación de asumir a partir del día 3, el cual fue debidamente liquidado, que al sumarlos, la misma asciende a la suma de **\$1.226.237**, conforme se indicó en primera instancia, por lo que se despacharán desfavorablemente las súplicas incoadas por la apoderada de la accionante.

Bastan las anteriores consideraciones para **CONFIRMAR** la decisión proferida en primera instancia.

**COSTAS.** Sin costas en la alzada.

En mérito de lo expuesto el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, SALA SEGUNDA DE DECISIÓN LABORAL**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

#### **RESUELVE**

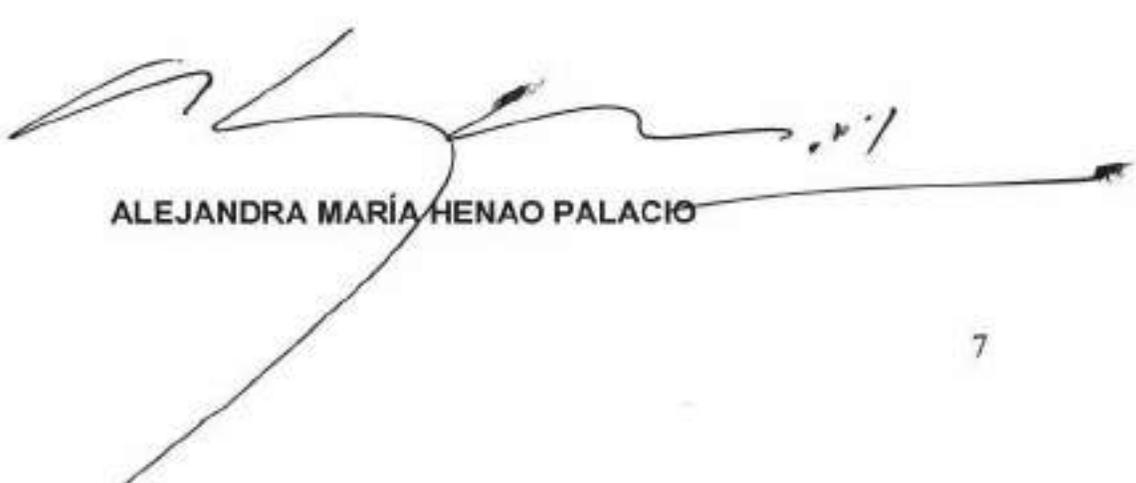
**PRIMERO. CONFIRMAR** de la decisión proferida en primera instancia el 10 de septiembre de 2020 por la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, conforme las consideraciones que anteceden.

**SEGUNDO. NO CONDENAR** en costas en la alzada.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

  
**MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA**  
Ponente

  
**DAVID A.J CORREA STEER**

  
**ALEJANDRA MARÍA HENAO PALACIO**



**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ**

**MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA  
Magistrado Ponente**

**Radicación 2021-01053-01**

Bogotá D.C., treinta (30) de agosto de dos mil veintiuno (2021)

**DEMANDANTE: FRIO CALOR SA**  
**DEMANDADO: COOMEVA EPS**  
**ASUNTO : APELACIÓN (Demandada COOMEVA EPS SA)**

En la fecha, se constituye la Sala de decisión laboral en audiencia pública a fin de resolver de plano el recurso de apelación interpuesto por la demandada COOMEVA EPS, contra la providencia proferida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD el 17 de septiembre de 2020.

No observándose irregularidad que invalide lo actuado, se procede a decidir conforme a los siguientes:

**I. ANTECEDENTES**

La sociedad FRIO CALOR SA, obrando a través de apoderado judicial, presentó ante la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** en contra de COOMEVA EPS, en desarrollo de su función jurisdiccional, solicitud de reconocimiento y pago de la licencia de maternidad reconocida a la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO, por la suma de \$5.583.600.

Como fundamentos fácticos de la acción señaló en síntesis: Que la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO se encuentra vinculada laboralmente a FRIO

CALOR SA desde el 29 de octubre de 2009, mediante contrato de trabajo a término indefinido hasta la fecha de radicación de la presente acción. Que la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO se encuentra afiliada a la la EPS COOMEVA en calidad de cotizante. Que la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO se encontraba en estado de embarazo. Que el 8 de septiembre de 2016, se expidió certificado de licencia de origen de maternidad No. 9780083 a la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO por 132 días empezando el 07 de agosto de 2016 hasta el 17 de diciembre de 2016. Que en el certificado de licencia de origen de maternidad No. 9780083 fueron reconocidos 129 días y reportada con un IBC de \$940.000. Que la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO devengaba un salario variable. Que el IBC teniendo en cuenta el promedio del último año anterior a la licencia de maternidad es de \$1.269.000. Que COOMEVA EPS solo reconoció el pago de la licencia de maternidad a FRIO CALOR SA la suma de \$940.000. que pese a lo anterior, FRIO Y CALOR SA reconoció efectivamente 132 días de licencia de maternidad con un IBC de \$1.269.000. Que el 21 de diciembre de 2016 FRIO Y CALOR SA elevó derecho de petición a COOMEVA EPS, solicitando la transcripción de la incapacidad de origen de maternidad generada a la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO por 132 días y el pago por \$1.269.0001, como IBC del último año de salario. Que COOMEVA EPS informó el 4 de abril que *"En el caso de la cotizante FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO, la licencia de maternidad No. 9780083 con fecha de inicio 07/08/2016, fecha en la cual el IBC como cotizante dependiente fue de \$940.000 reportado en planilla #8456313088 con fecha de pago 10/08/2016, el cual se convierte en salario base de liquidación, del subsidio de la licencia"*, que la accionada realizó la liquidación de la licencia de maternidad de la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO según comunicación recibida de la siguiente forma:

LM: Salario Base de Cotización (940.000/30) x (132 días a reconocer) = \$4.136.000.

Teniendo en cuenta el UBC del salario variable del último año, FRIO Y CALOR SA realizó el pago de la licencia de maternidad a la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO así:

LM: Salario Base de Cotización (1.269.000/30) x (132 días a reconocer) = \$5.586.600.

A la fecha existe un saldo a favor de FRIO Y CAÑOR SA por valor de \$1.447.600, el cual COOMEVA EPS no ha cancelado, manifestando que el salario de la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO es fijo, sin tener en cuenta las cotizaciones realizada.

Admitida la solicitud (fl. 28) y corrido su traslado, la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD dio por contestada la demanda por parte de las accionadas COOMEVA EPS.

### **DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA**

Tramitada la instancia, mediante providencia del 17 de septiembre de 2020, la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, **ACCEDIÓ** a las pretensiones de la demanda presentada por la apoderada especial de la sociedad FRIO Y CALOR SA, en contra de COOMEVA EPS. **ORDENÓ** a COOMEVA EPS pagar la suma de \$1.399.190 a favor de FRIO Y CALOR SA, dentro de los 5 días siguientes a la ejecutoria de esta providencia.

### **RECURSO DE APELACIÓN**

Inconforme con la determinación, la demandada COOMEVA EPS SA EN LIQUIDACIÓN interpuso recurso de apelación, haciendo énfasis que dentro del presente asunto la parte demandante no tiene derecho al reconocimiento del presunto excedente manifestado en la sentencia, como quiera que al haber realizado la liquidación de la licencia por parto prematuro ascendía a la suma de \$4.135.956, correspondiente a 132 días con un IBC de \$940.000.

Indica que la cotizante dependiente refleja un afiliado con salario fijo no variable, razón por la cual, en virtud del Art. 23 párrafo del Decreto 1818 de 1996, define el concepto que determina cual es el salario base de liquidación de prestaciones económicas en el SGSSS, en el presente caso, conforme el salario registrado en la planilla No. 8456313088 con fecha de pago del 10/08/2016, registra un salario de \$940.000, salario éste que se convierte en el salario base de liquidación de las prestaciones económicas de la afiliada.

En suma, señala que la liquidación de la licencia de maternidad por valor de \$4.135.956, y que ya fue pagada mediante Nota Crédito No. 18591203 y 18852907, resulta ajustado a derecho a la realidad normativa y al salario base de cotización percibido por la Señora Flor Estupiñan.

## **II. COMPETENCIA**

El artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, concede funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para conocer y fallar en derecho, en primera y única instancia, con carácter definitivo con las facultades propias de un juez. Así mismo. Establece que el recurso de apelación ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate.

En consecuencia, corresponde a la Sala Laboral de esta corporación el pronunciarse sobre la azada, de acuerdo a las siguientes:

## **III. CONSIDERACIONES FÁCTICAS Y JURÍDICAS:**

La sociedad CALOR Y FRIO SA, actuando a través de apoderado judicial, acudió al trámite jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se ordenara el pago del saldo de la licencia de maternidad, la cual fue liquidada de manera errónea a su consideración por la EPS demandada, pues tuvo en cuenta un IBC de salario fijo, cuando la afiliada y trabajadora devengaba un salario variable.

A efectos de resolver los motivos de inconformidad planteados, corresponde a la Sala comenzar por indicar que no fue objeto de discusión en el presente asunto el cumplimiento de los requisitos para el reconocimiento de la licencia de maternidad deprecada, toda vez que, COOMEVA EPS SA, manifiesta en su contestación de demanda que reconoció y liquidó la licencia de maternidad expedida a favor de la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO entre el 07 de agosto de 2016 al 17 de diciembre de 2016 por un total de 132 días.

Ahora bien, señala el apoderado de COOMEVA EPS que es improcedente la condena impuesta en primera instancia, como quiera que el salario que se refleja

de la trabajadora corresponde a un salario fijo, y por lo tanto al tomar el último relacionado en la planilla No. 8456313088 con fecha de pago del 10/08/2016, asciende a un salario de \$940.000, salario éste que se convierte en el salario base de liquidación de las prestaciones económicas de la afiliada, por lo tanto la licencia de maternidad por valor de \$4.135.956, y que ya fue pagada mediante Nota Crédito No. 18591203 y 18852907, resulta ajustado a derecho a la realidad normativa y al salario base de cotización percibido por la Señora Flor Estupiñan.

No puede perderse de vista que en lo que respecta a la causación para el pago de la licencia de maternidad a cargo de la EPS, configura para la actora un derecho adquirido frente al cumplimiento de los requisitos para el reconocimiento de la misma, toda vez que constituye una expectativa de pago a favor de la trabajadora, y que durante el periodo de gestación, guardó cuidado en el pago de sus aportes de manera completa y oportuna, lo que quiere decir que, la afiliada cumple con los pagos de sus aportes, no puede esperar nada distinto a gozar del beneficio que el SGSSS le otorga.

En lo que hace al tema que nos ocupa debe precisar esta sala que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conlleva para empleados, empleadores, EPS y IPS, como integrantes del sistema general de salud, un conjunto de obligaciones que han sido preestablecidas por el legislador a fin de garantizar el derecho a la Salud a todos los ciudadanos.

Así pues, el Art. 3.2.1.3 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social dispuso:

*"Artículo 3.2.1.3 Ingreso Base de Cotización para los aportes en salud. En el Sistema de Seguridad Social en Salud, por tratarse de un riesgo que se cubre, mediante el pago anticipado de los aportes, **se tomará como base para el cálculo de éstos el valor de la nómina pagada o de los ingresos percibidos en el mes calendario anterior a aquel que se busca cubrir, según sea el caso.**"*

*(Art. 9 del Decreto 1406 de 1999 adicionado por el artículo 1 del Decreto 2236 de 1999)*

Y es que lo anterior cobra especial relevancia por cuanto **si bien el IBC esta constituido por diferentes factores salariales**, conforme lo dispone el artículo 14 del Decreto 1158 de 1994, también lo es que puede incluir otros factores que no

son salariales y que podrían llegar a aumentar o disminuir la base de cotización, como por ejemplo aumentarse por una prima o las vacaciones, a modo de ejemplo; o disminuirse por el pago de un auxilio por incapacidad. En razón a lo anterior, en las planillas de autoliquidación de aportes, existen unas casillas en las cuales se registran las novedades que se presenten en los aportes mensuales de cada trabajador.

De lo anterior se extrae que resulta improcedente tomar como IBL de la prestación económica el IBC, por cuanto el IBC puede que no corresponda al salario devengado por una persona al momento que da inicio la prestación económica reclamada, y además por cuanto el IBC puede contener factores adicionales al salarial, lo que puede generar liquidaciones incorrectas.

Así pues, el reconocimiento económico de las prestaciones económicas que se prevén para los cotizantes en el régimen contributivo, indistintamente de su calidad de servidor público o trabajador en el sector privado, tiene como base el SALARIO devengado por el usuario/trabajador al momento de dar inicio a la incapacidad, licencia de maternidad o licencia de paternidad.

Ahora, es menester traer a colación el artículo 236 del CST, el cual prevé que en el caso de las trabajadoras del sector privado la licencia de maternidad deberá ser remunerada con el salario.

***“ARTÍCULO 236. LICENCIA EN LA ÉPOCA DEL PARTO E INCENTIVOS PARA LA ADECUADA ATENCIÓN Y CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO. <Artículo modificado por el artículo 1 de la Ley 1822 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:>***

*1. Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de dieciocho (18) semanas en la época de parto, remunerada con el **salario** que devengue al momento de iniciar su licencia.*

*2. Si se tratare de un salario que no sea fijo como en el caso del trabajo a destajo o por tarea, se tomará en cuenta el salario promedio devengado por la trabajadora en el último año de servicio, o en todo el tiempo si fuere menor. (...).”*

Así las cosas, y contrario a lo afirmado por el recurrente, conforme la documental obrante dentro del plenario, específicamente con los desprendibles de nómina allegados se evidencia que la trabajadora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO devengaba dos conceptos mensualmente, el primero de ellos el SUELDO ORDINARIO y el segundo la COMISIÓN POR RECAUDO, lo que conlleva a

concluir de manera clara e inequívoca la existencia de un salario variable, en virtud de lo establecido en el artículo 127 del CST, despachando desfavorablemente las súplicas del recurrente.

Teniendo en cuenta lo anterior, y a fin de establecer el promedio del salario devengado por la señora FLOR EDITH ESTUPIÑAN MONTERO, durante el último año previo al reconocimiento de la licencia de maternidad, esto es, por el periodo comprendido entre el mes de julio de 2015 al mes de julio de 2016, teniendo en cuenta que la licencia de maternidad la comenzó a disfrutar a partir del 07 de agosto de 2016.

<b>Mes</b>	<b>Salario</b>	<b>Comisión</b>	<b>Total</b>
Agosto 2015	\$1.038.500	\$327.727	\$1.366.427
Septiembre 2015	\$1.038.500	\$484.975	\$1.523.475
Octubre 2015	\$1.038.500	\$518.728	\$1.557.228
Noviembre 2015	\$1.004.394	\$255.169	\$1.259.563
Diciembre 2015	\$1.038.500	\$395.425	\$1.433.925
Enero 2016	\$740.800	\$217.663	\$958.463
Febrero 2016	\$1.075.949	\$163.369	\$1.239.318
Marzo 2016	\$1.096.294	\$272.189	\$1.368.483
Abril 2016	\$1.111.200	\$317.158	\$1.428.358
Mayo 2016	\$1.111.200	\$303.883	\$1.415.083
Junio 2016	\$1.111.200	\$212.708	\$1.323.908
Julio 2016	\$940.470	-	\$940.470
		<b>Promedio</b>	<b>\$1.317.892</b>

Teniendo en cuenta el promedio devengado por la trabajadora, se tiene que debe liquidarse con 126 días, a pesar que la licencia dispone 136 días para disfrutar, como quiera que conforme lo dispone la norma, se reconocerán 126 días de licencia de maternidad.

Así pues, se procedió a realizar el cálculo de la misma:

Periodo licencia maternidad: 07 de agosto de 2016 al 17 de diciembre de 2016

Salario promedio: \$1.317.892

Días licencia maternidad: 126

Fórmula: SALARIO X DIAS / 30

$\$1.317.892 \times 126 / 30 = \$5.535.146,40$

Así las cosas, teniendo en cuenta que el valor de la licencia asciende a la suma de \$5.535.146,40, que al restarle el valor efectivamente cancelado por parte de la EPS COOMEVA por \$4.135.956, arroja un saldo de \$1.399.190, los cuales deberá ordenársele a la EPS COOMEVA para que cancele a favor de la sociedad CALOR Y FRIO SA dicho valor, conforme se indicó en primera instancia.

Bastan los anteriores argumentos para **CONFIRMAR** la determinación adoptada por el operador judicial de primer grado.

**COSTAS.** Sin costas en la alzada.

En mérito de lo expuesto el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, SALA SEGUNDA DE DECISIÓN LABORAL**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

#### RESUELVE

**PRIMERO. CONFIRMAR** de la decisión proferida en primera instancia el 17 de septiembre de 2020, por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, por las razones expuestas en el presente proveído.

**SEGUNDO. NO CONDENAR** en costas en la alzada.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA

Ponente

DAVID A. J. CORREA STEER

ALEJANDRA MARÍA HENAO PALACIO