

Bogotá D.C.,

1

Señores

JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

E. S. D.

PROCESO: DECLARATIVO
EXPEDIENTE: 20001310300320200009600
DEMANDANTE: CLINICA DE FRACTURAS DE VALLEDUPAR S.A.S.
DEMANDADO: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA – LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

CAMILO ANDRES MOLANO PULIDO, persona mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.049.618.320 de Tunja, abogado en ejercicio con Tarjeta Profesional 257.841 del Consejo Superior de la Judicatura, conforme al poder especial otorgado por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES**, mediante el presente escrito, y, encontrándome dentro del término definido en la ley 806 de 2020, procedo a dar contestación a la demanda de la referencia en los siguientes términos:

I. CONSIDERACIONES PREVIAS

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

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

En consecuencia, a partir de la entrada en operación de la ADRES y según lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, debe entenderse suprimido el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y con este, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social -DAFPS del Ministerio de Salud y Protección Social tal como señala el artículo 5 del Decreto 1432 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 547 de 2017 y que cualquier referencia hecha a dicho Fondo, a las subcuentas que lo conforman o a la referida Dirección, se deben entender a nombre de la ADRES quien hará sus veces, tal como lo prevé el artículo 31 del Decreto 1429 de 2016.

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

II. ASPECTOS PRELIMINARES

Mi representada se opone a las pretensiones incoadas por la parte actora en contra de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES**, por cuanto carecen de fundamento constitucional y legal de acuerdo con las razones de hecho y derecho que más adelante se expresan.

En adición, se precisa que toda reclamación que se radica por concepto de la prestación de servicios de salud a víctimas de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y/o personas naturales reclamantes, deben someterlas a un trámite de auditoría integral, conforme al procedimiento administrativo que se encuentra previsto en normas de carácter nacional y vigentes, como lo son: el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007, Decreto 056 de 2015 y la Resoluciones 1915 de 2008, 1136 de 2012 y 1645 de 2016, principalmente.

Dicho procedimiento se encuentra debidamente regulado por el Estado a través de un estricto procedimiento de auditoría integral en el que se verifican aspectos médicos, jurídicos y financieros para determinar la procedencia, veracidad y validez del cobro, ello igualmente en observancia a las normas del flujo de caja y utilización de recursos estatales para el sector salud, por lo que la entidades reclamantes no deben desconocer el procedimiento administrativo dentro del cual se determinó que no era procedente el reconocimiento y el pago de las reclamaciones, usando la vía judicial en esta jurisdicción para satisfacer tal propósito.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA DEMANDA PRINCIPAL

Conforme a que el artículo 66 del Código General del Proceso, faculta a las partes para pronunciarse en un mismo escrito sobre la demanda y el llamamiento en garantía, es preciso indicar al Despacho que me pronunciaré primero sobre los hechos de la demanda y a continuación sobre los hechos del llamamiento en garantía.

IV. FRENTE A LAS PRETENSIONES

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

1. Me opongo a la pretensión primera por la cual la parte llamante pretende que, en el evento de una sentencia condenatoria, donde se acceda parcial o totalmente a las pretensiones de la parte actora en el proceso principal, sea la ADRES quien afronte las consecuencias pecuniarias de tal decisión,

toda vez que, atendiendo las manifestaciones del demandante que pretende la responsabilidad de la aseguradora por facturas de venta de servicios de salud con cargo a la entidad aseguradora por la expedición del SOAT, respecto de los daños causados vehículos asegurados, y así lo dispone el artículo 2.6.1.4.1.3. del Decreto 780 de 2016.

2. Me opongo a la pretensión segunda de condena en costas. Al respecto, solicito respetuosamente al despacho no declarar la prosperidad de estas, en atención a que, como se ha venido indicando, el reconocimiento y pago de reclamaciones con pretendidas está a cargo de la expedición de pólizas SOAT, de acuerdo con las manifestaciones del demandante.

V. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:

AL HECHO PRIMERO: NO ME CONSTA. Sin embargo, es una manifestación susceptible de ser valorada a través del certificado de existencia y representación legal aportado por la demandante.

AL HECHO SEGUNDO: NO ME CONSTA. Frente a si la demandante prestó sus servicios de salud a personas víctimas de accidentes de tránsito, amparados por pólizas propias del Soat, a mi defendida no le consta, Al igual que no le consta si las pólizas fueron contratadas por los asegurados con **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**

Ahora bien, entorno a la manifestación del demandante, se informa la Despacho que la ADRES no interviene cuando las coberturas por hechos de víctimas de accidentes de tránsito están en cabeza de la aseguradora que expide una póliza SOAT.

Por el contrario, existe un procedimiento administrativo reglado para realizar las reclamaciones de indemnización que se encuentra señalado en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y la Resoluciones 1915 de 2008 y 1136 de 2012, en principio. En dichas disposiciones se encuentran previstos los términos dentro de los cuales es oportuno realizar la reclamación por vía administrativa, los requisitos que deben cumplir los reclamantes para elevar la solicitud y los términos con los que se cuenta para resolver las solicitudes de reclamación y realizar el pago.

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

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

AL HECHO TERCERO. ES PARCIALMANTE CIERTO. En atención a lo normado en el Decreto 4747 de 2007 en armonía con el Decreto 056 de 2015, la prestación servicios en salud tiene la modalidad de pago por evento.

AL HECHO CUARTO. NO ME CONSTA. No es del conocimiento ni del resorte de la ADRES si los servicios en salud prestados de acuerdo con manifestación del demandante están discriminados en facturas de venta de servicios médicos o si estas facturas fueron radicadas ante la aseguradora.

AL HECHO QUINTO. NO ME CONSTA. EL procedimiento llevado a cabo por la aseguradora demandada al auditar las facturas presentadas por la IPS no es de conocimiento de la ADRES.

Así las cosas, se informa que la ADRES tiene un procedimiento en el cual audita las reclamaciones de las IPS, únicamente frente a los servicios de salud **derivados de accidentes de tránsito cuyo vehículo involucrado no sea identificado o no cuente con póliza SOAT**, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social provienen de los recursos de la Subcuenta ECAT, esto en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.

AL HECHO SEXTO. NO ME CONSTA. Como ya se le manifestó al Despacho, la ADRES no participa en el proceso de auditoría de la aseguradora. Por lo tanto, no existe responsabilidad civil de mi defendida en la negativa de pago de la aseguradora ni existe una relación sustancial entre la IPS y la ADRES frente a las reclamaciones de la demanda.

AL HECHO SÉPTIMO. NO ME CONSTA. Como ya se le manifestó al Despacho, la ADRES no participa en el proceso de auditoría de la aseguradora. Por lo tanto, no existe responsabilidad civil de mi defendida en la negativa de pago de la aseguradora ni existe una relación sustancial entre la IPS y la ADRES frente a las reclamaciones de la demanda.

AL HECHO OCTAVO. NO ME CONSTA. Como ya se le manifestó al Despacho, la ADRES no participa en el proceso de auditoría de la aseguradora. Por lo tanto, no existe responsabilidad civil de mi defendida en la negativa de pago de la aseguradora ni existe una relación sustancial entre la IPS y la ADRES frente a las reclamaciones de la demanda.

AL HECHO NOVENO. NO ME CONSTA. Como ya se le manifestó al Despacho, la ADRES no participa en el proceso de auditoría de la aseguradora. Por lo tanto, no existe responsabilidad civil de mi defendida en la negativa de pago de la aseguradora ni existe una relación sustancial entre la IPS y la ADRES frente a las reclamaciones de la demanda.

AL HECHO DÉCIMO. ES CIERTO.

AL HECHO DÉCIMO PRIMERO. NO ME CONSTA. Como ya se le manifestó al Despacho, la ADRES no participa en el proceso de auditoría de la aseguradora. Por lo tanto, no existe responsabilidad civil de mi defendida en la negativa de pago de la aseguradora ni existe una relación sustancial entre la IPS y la ADRES frente a las reclamaciones de la demanda.

En adición, se solicitó a la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones de la ADRES apoyo técnico frente a las reclamaciones que se pretenden en la demanda, con el fin de si habían sido radicadas en la entidad llamada en garantía, atendiendo el proceso administrativo regulado en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y la Resoluciones 1915 de 2008 y 1136 de 2012, la cual indicó que *“De manera atenta se informa que no se encontraron registros en*

base de datos de reclamaciones asociados a la factura de la solicitud, entidad CLÍNICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR”

5

AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO. NO ME CONSTA. Como ya se le manifestó al Despacho, la ADRES no participa en el proceso de auditoría de la aseguradora. Por lo tanto, no existe responsabilidad civil de mi defendida en la negativa de pago de la aseguradora ni existe una relación sustancial entre la IPS y la ADRES frente a las reclamaciones de la demanda.

AL HECHO DÉCIMO TERCERO. NO ME CONSTA. Como ya se le manifestó al Despacho, la ADRES no participa en el proceso de auditoría de la aseguradora. Por lo tanto, no existe responsabilidad civil de mi defendida en la negativa de pago de la aseguradora ni existe una relación sustancial entre la IPS y la ADRES frente a las reclamaciones de la demanda.

AL HECHO DÉCIMO CUARTO. QUE SE PRUEBE. Es una manifestación susceptible de ser valorada a través de prueba documental.

VI. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO DE GARANTÍA

AL HECHO PRIMERO. ES CIERTO.

AL HECHO SEGUNDO. ES CIERTO.

AL HECHO TERCERO. ES PARCIALMENTE CIERTO. En este sentido, se le indica al despacho que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, las facturas que expiden las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) con destino al ADRES por los servicios de salud **derivados de accidentes de tránsito cuyo vehículo involucrado no sea identificado o no cuente con póliza SOAT**, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social provienen de los recursos de la Subcuenta ECAT, esto en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, son sometidas a un procedimiento administrativo reglado para realizar las reclamaciones de indemnización que se encuentra señalado en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y la Resoluciones 1915 de 2008 y 1136 de 2012, en principio. En dichas disposiciones se encuentran previstos los términos dentro de los cuales es oportuno realizar la reclamación por vía administrativa, los requisitos que deben cumplir los reclamantes para elevar la solicitud y los términos con los que se cuenta para resolver las solicitudes de reclamación y realizar el pago.

Es así, que son dos eventos, tratándose de accidentes de tránsito, en los que se pueden realizar las reclamaciones al ADRES, en **accidentes de tránsito cuyo vehículo involucrado no sea identificado o no cuente con póliza SOAT**.

Sin embargo, esta reclamación es un **procedimiento administrativo que implica el cumplimiento** de unas etapas: **i.** Pre radicación (art. 10, Resolución 1645 de 2016), **ii.** Radicación (art. 13, Resolución 1645 de 2016), **iii.** Auditoría integral (art. 16, Resolución 1645 de 2016), **iv.** Comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo (art. 20, Resolución 1645 de 2016), y **v.** pago (art. 26, Resolución 1645 de 2016). Y en el marco de dicho procedimiento, el ADRES adopta una de las siguientes

decisiones: **APROBADO**, **APROBADO PARCIAL** o **NO APROBADO** (art. 18, Resolución 1645 de 2016).

6

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

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

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

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

Ahora bien, el procedimiento para realizar las reclamaciones de indemnización se encuentra señalado en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y la Resoluciones 1915 de 2008 y 1136 de 2012, principalmente. En dichas disposiciones se encuentran previstos los términos dentro de los cuales es oportuno realizar la reclamación por vía administrativa, los requisitos que deben cumplir los reclamantes para elevar la solicitud y los términos con los que cuenta para resolver la solicitud de reclamación y realizar el pago.

En este orden de ideas, para que se pueda realizar el pago correspondiente dentro de los términos establecidos en el artículo 6 del Decreto 3990 de 2007, es necesario que el derecho al mismo se encuentre acreditado, es decir, que no haya lugar a dudas sobre la obligación de desembolsar el valor de la indemnización, para lo cual todos los presupuestos de hecho que le dan lugar deben encontrarse acreditados y que la reclamación se haya presentado dentro del término de ley, esto es dentro de los seis meses siguientes a la ocurrencia del evento, término que a partir del 10 de enero de 2012 es de un año¹.

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

¹ Artículo 111 del Decreto 19 de 2012 "Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública".

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

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

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

AL HECHO QUINTO. NO ME CONSTA. Si bien es claro que la demandante pretende que la **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**, le realice el pago por concepto de capital e intereses moratorios sobre unos servicios médicos que se atendieron con cargo a pólizas SOAT, en el cual deberá demostrar que las glosas impuestas fueron injustificadas, no le consta a la ADRES, ya que no participa en el proceso de auditoría de la aseguradora.

AL HECHO SEXTO. NO ES CIERTO. La llamante pretende hacer incurrir en una confusión al despacho al manifestar que la ADRES debe responder, *per se*, por la eventual condena que pudiere realizar su señoría. Al respecto, se le indica con precisión al despacho que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, las facturas que expiden las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) con destino al ADRES por los servicios de salud **derivados de accidentes de tránsito cuyo vehículo involucrado no sea identificado o no cuente con póliza SOAT**, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social provienen de los recursos de la Subcuenta ECAT, esto en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, son sometidas a un procedimiento administrativo reglado para realizar las reclamaciones de indemnización que se encuentra señalado en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y la Resoluciones 1915 de 2008 y 1136 de 2012, en principio. En dichas disposiciones se encuentran previstos los términos dentro de los cuales es oportuno realizar la reclamación por vía administrativa, los requisitos que deben cumplir los reclamantes para elevar la solicitud y los términos con los que se cuenta para resolver las solicitudes de reclamación y realizar el pago.

Para el caso en concreto, se le solicitó a la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones de la ADRES apoyo técnico frente a las reclamaciones que se pretenden en la demanda, con el fin de si habían sido radicadas en la entidad llamada en garantía, atendiendo el proceso administrativo regulado en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y la Resoluciones 1915 de 2008 y 1136 de 2012, la cual indicó que *“De manera atenta se informa que no se encontraron registros en base de datos de reclamaciones asociados a la factura de la solicitud, entidad CLÍNICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR”*

Como se demuestra en los hechos de la demanda, la IPS presentó sus facturas a un trámite de auditoría de la aseguradora, las cuales fueron glosadas por la aseguradora. Así las cosas, el debate del presente asunto es la justificación o la falta de la imposición de glosas.

AL HECHO SÉPTIMO. NO ES CIERTO. La demandada no puede pretender que los efectos jurídicos de un eventual fallo sean trasladados a la ADRES, toda vez que, lo que se está atacando por la demandante es la responsabilidad civil por la imposición de unas glosas a las facturas expedidas por la IPS, en virtud de un trámite de la aseguradora.

V. FUNDAMENTOS DE LA DEFENSA

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

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

Ahora bien, el procedimiento para realizar las reclamaciones de indemnización se encuentra señalado en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y la Resoluciones 1915 de 2008 y 1136 de 2012, principalmente. En dichas disposiciones se encuentran previstos los términos dentro de los cuales es oportuno realizar la reclamación por vía administrativa, los requisitos que deben cumplir los reclamantes para elevar la solicitud y los términos con los que cuenta para resolver la solicitud de reclamación y realizar el pago.

En este orden de ideas, para que se pueda realizar el pago correspondiente dentro de los términos establecidos en el artículo 6 del Decreto 3990 de 2007, es necesario que el derecho al mismo se encuentre acreditado, es decir, que no haya lugar a dudas sobre la obligación de desembolsar el valor de la indemnización, para lo cual todos los presupuestos de hecho que le dan lugar deben encontrarse acreditados y que la reclamación se haya presentado dentro del término de ley, esto es dentro de los seis meses siguientes a la ocurrencia del evento, término que a partir del 10 de enero de 2012 es de un año².

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

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

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

² Artículo 111 del Decreto 19 de 2012 "Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública".

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

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

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

“4.2.1. En torno al tema de la responsabilidad patrimonial del Estado, cabe precisar que los artículos 345 y 346 de la Constitución Política, relativos al presupuesto, consagran lo que la doctrina y la jurisprudencia han llamado el principio de legalidad del gasto público, en virtud del cual, el recaudo y aplicación de los dineros estatales deben manejarse de conformidad con reglas y procedimientos predeterminados y contables, de manera que, para que una erogación pueda ser efectivamente realizada, tiene que haber sido previamente decretada por ley, ordenanza o acuerdo, e incluida dentro del respectivo presupuesto³.

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

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

4.2.2. En relación con el alcance del principio de legalidad, también la Corte ha venido señalando que el mismo “constituye uno de los fundamentos más importantes de las democracias constitucionales”⁴, ya que se erige en un mecanismo de control político de los órganos de representación popular sobre el ejecutivo en materia presupuestal; de manera que, “si bien al ejecutivo [en sus distintos niveles] corresponde presentar anualmente el proyecto de ley anual de presupuesto, y ejecutarlo, la aprobación por parte

³ Cfr., entre otras, las Sentencias C-553/93, C-685/96 y C-197/2001.

⁴ Sentencia C-685/96, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

del Congreso [y demás organismos de representación popular] de las rentas y gastos que habrán de percibirse y ejecutarse, tiene el alcance de limitar las facultades gubernamentales en materia presupuestal y asegurar la correspondencia de su ejercicio con los objetivos de planificación concertados en el Congreso, que por su conformación pluralista permite la expresión de las diferentes corrientes de pensamiento e intereses nacionales.”⁵

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

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

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

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

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

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

⁵ Sentencia C-442/2001, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

La buena fe, lo ha dicho esta Corporación, constituye un principio general de derecho a través del cual se integra el ordenamiento jurídico con el valor ético de la mutua confianza, de manera que sea ésta la regla de conducta a la que deben acogerse en forma recíproca los sujetos de una relación jurídica, no solo en el ejercicio de sus derechos sino también en el cumplimiento de sus obligaciones. En este sentido, la buena fe, como fuente de derechos y obligaciones, le impone tanto a las autoridades públicas como a los particulares, “el deber moral y jurídico de ceñir sus actuaciones a los postulados que la orientan -lealtad y honestidad-”⁶, siendo precisamente este objetivo el que se persigue con la previsión dispuesta en la norma impugnada: despertar en el particular beneficiario de una condena judicial, el sentido de colaboración frente a la administración pública.”

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

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

“ARTÍCULO 13. TÉRMINOS PARA COBROS O RECLAMACIONES CON CARGO A RECURSOS DEL FOSYGA⁷. Sin perjuicio de los términos establecidos para el proceso de compensación en el régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud, con el fin de organizar y controlar el flujo de recursos del Fosyga, cualquier tipo de cobro o reclamación que deba atenderse con recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga deberá tramitarse en debida forma ante su administrador fiduciario dentro de los seis meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda. En consecuencia, no podrá efectuarse por vía administrativa su reconocimiento con posterioridad al término establecido. (...) La reclamación o trámite de cobro de las obligaciones generadas con cargo a los recursos del Fosyga, antes de la entrada en vigencia del presente decreto, deberán presentarse dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de este decreto.” (Resaltado ajeno al texto)

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

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

Para las reclamaciones o cobros por atenciones cuyo costo sea igual o inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, presentarán una única reclamación mensual para la totalidad de los pacientes,

⁶ Sentencia C-892/2001.

⁷ Modificado por el art. 111, Decreto Nacional 019 de 2012.

acompañando una relación de ellos, suscrita por el representante legal y el revisor fiscal de la entidad, si lo hubiere, con la documentación e información soporte que establezca el Ministerio de Salud.” (Resaltado ajeno al texto)



12

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

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

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

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

Conforme a las citadas disposiciones del Decreto Ley 1281 de 2002 relativas al flujo de caja y utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector, así como lo dispuesto en el Decreto 3990 de 2007, la Resolución 1915 de 2008, la Resolución 1136 de 2012 y la Resolución 1645 de 2016, principalmente, los cuales prevén las condiciones para el reconocimiento de servicios médico – quirúrgicos prestados por esa entidad a una o varias víctimas de accidente de tránsito, de eventos catastróficos y de eventos terroristas con cargo a la Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, y determinan que todas las reclamaciones y s que pretendan satisfacerse y financiarse con cargo a los recursos, deben surtir el proceso de recepción, análisis, pago o devolución y la revisión minuciosa tanto jurídica, médica, administrativa y financiera de los soportes y las condiciones en las cuales se realiza la reclamación que llevan a concluir la pertinencia de reconocer o rechazar los valores reclamados, y con lo cual se garantiza la adecuada utilización y flujo de los recursos del sector salud.

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

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

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

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

Los servicios médico-quirúrgicos comprenden las siguientes actividades:

- Atención de urgencias
 - Hospitalización o Suministro de material médico quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis
 - Suministro de medicamentos
 - Tratamiento y procedimientos quirúrgicos
 - Servicios de Diagnóstico
 - Rehabilitación
- **NORMATIVIDAD FRENTE A LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 2.6.1.4.1.3 DEL DECRETO 780 DE 2016.**

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

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

- **Indemnización por Muerte y Gastos Funerarios**

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

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

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

(Artículo 17 del Decreto 56 de 2015)

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

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

La indemnización por muerte y gastos funerarios será cubierta por:

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

(Artículo 19 del Decreto 56 de 2015)

- **Legitimados para reclamar:**

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

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

(Artículo 18 del Decreto 56 de 2015)

(...)

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

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

b). Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

(Artículo 20 del Decreto 56 de 2015)”

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

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

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

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

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

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

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

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

Conforme lo anterior, las víctimas de que trata la Parte 6, Título 1, Capítulo 4 del Decreto 780 de 2016⁸, tendrán derecho al cubrimiento de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones; indemnización por incapacidad permanente, gastos de transporte y movilización al establecimiento hospitalario o clínico, indemnización por muerte y gastos funerarios en las cuantías señaladas en la normativa vigente, de acuerdo con lo establecido en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 112 del Decreto-ley 019 de 2012 y demás normas complementarias.

Sea oportuno precisar que el artículo 7 de la Resolución 1645 de 2016⁹ señaló que el término para que las personas naturales o jurídicas radiquen sus reclamaciones ante el FOSYGA es el siguiente:

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

• ETAPAS DEL TRÁMITE DE RECLAMACIONES

El artículo 9 de la Resolución 1645 de 2016 estableció las distintas etapas del procedimiento de reclamación, señalando que *“Toda reclamación ante la Subcuenta ECAT del FOSYGA o quien haga*

⁸ Artículo 2.6.1.4.1.3. Decreto 780 de 2016

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

sus veces, surtirá para su verificación, control y pago, las etapas de: 1) pre—radicación; 2) radicación; 3) auditoría integral; 4) comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo; y/o 5) pago, cuando este último proceda”.

- **Etapas de pre-radicación.**

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

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

La ADRES al momento de la presentación de la reclamación, verificará el completo diligenciamiento del formulario, así como la consistencia de la información contenida allí respecto de los soportes anexos a la reclamación en los campos correspondientes a los datos de la víctima y del beneficiario (nombres y apellidos y tipo y número de documento).

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

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

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

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

- Formulario FURPEN - En caso de la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, certificado de la atención médica y epicrisis.
- Acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente.
- Certificado de Fiscalía General de la Nación en el cual curse el proceso de muerte, cuando sea accidente de tránsito.
- Acreditación de la condición de beneficiario.

- Certificación médica en caso de que la víctima haya sido atendida antes de su muerte, a causa del accidente.
- Declaración juramentada de condición de aseguramiento del vehículo.
- Evento Terrorista: Certificación expedida por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastre, en el que conste que la persona atendida fue víctima de un evento terrorista.
- Evento Catastrófico de origen natural: Certificación expedida por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastre, en el que conste que la persona fue víctima de un evento catastrófico de origen natural
- Fotocopia nítida y ampliada del documento de identidad del beneficiario, más la firma e impresión dactilar en original.
- Declaración juramentada de no afiliación de la víctima al SGSSS.
- Original del certificado de defunción.
- Certificación bancaria original, en la que se acredite al reclamante como titular de la cuenta.

- **Etapas de radicación.**

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

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

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

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

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

- **Etapas de auditoría integral.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para los efectos de los procesos de reclamación que se adelantan con cargo a la ADRES o quien haga sus veces, se entiende comunicado el resultado de auditoría al reclamante en la fecha en la cual

este recibe tal comunicación. A partir de esta fecha se contabilizará el término para dar respuesta al resultado de auditoría y/o para que la reclamación adquiera un estado definitivo.



21

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Etapas de pago.**

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

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

• DE LOS REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

"Debe precisarse, en todo caso, que la circunstancia de haberse expedido el decreto 2150 de 1995, en nada impide la fijación de las condiciones y requisitos que acorde con la ley resulten

indispensables, más aún si se trata de reconocimientos de carácter económico que se financian con recursos de la seguridad social y que por lo tanto deben estar salvaguardados en cuanto a su correcta destinación, con mayor razón si se tiene en cuenta que las regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios que se suprimen y/o reformaron, fueron los expresamente dispuestos en el precitado decreto ley y en ninguna parte del mismo se dispuso la supresión de trámites y procedimientos relativos al reconocimiento de prestaciones económicas y obligaciones propias de la seguridad social como para pensar que no resulte procedente establecer las condiciones indispensables para el pago en debida forma de este tipo de obligaciones como lo hace la resolución 3797 de 2004" (fl. 174 cdno. 1)

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

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

Por otra parte, resulta necesario precisar que además de lo establecido en los decretos y resoluciones que regulan esta materia, se tienen como requisitos para la presentación de reclamaciones, en el marco de lo dispuesto en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007, la Resolución 1915 de 2008, Resolución 1136 de 2012, Resolución 1645 de 2016 principalmente, los siguientes:

“REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES INDEMNIZACIÓN POR MUERTE

COBERTURA

600 Salarios mínimos legales diarios vigentes, aplicables al momento del accidente o evento.

FORMULARIO

Formulario Único de reclamación de indemnizaciones por parte de las Personas Naturales Víctimas de Accidente de Tránsito y Eventos Terroristas o Catastróficos o sus Beneficiarios para la Reclamación de Indemnizaciones por Gastos Funerarios o muerte de la Víctima – FURPEN. Resolución 1915 de 2008.

¿QUIÉN PUEDE RECLAMAR?

Las personas señaladas en el artículo 1142 del Código de Comercio. A falta de cónyuge, en los casos que corresponda a este la indemnización, se tendrá como tal el compañero o

compañera permanente que acredite dicha calidad. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos.

REQUISITOS

- *Formulario FURPEN*
- *Anexo Técnico estructura Circular Externa 179761 de 2008. (OPCIONAL)*
- *En caso de la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, certificado de la atención médica y epicrisis.*
- *Acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente.*
- *Accidente de Tránsito: Certificación médica que las lesiones presentadas son secundarias a accidente de tránsito.*
- *Declaración juramentada de condición de aseguramiento del vehículo.*
- *Evento Terrorista: Certificación expedida por una de las siguientes autoridades: el Alcalde del respectivo municipio o distrito, la Personería Municipal o Distrital o quien haga sus veces, en su ausencia, las autoridades correspondientes de la Policía Nacional o del Ejército o, en últimas, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Dirección General Unidad Administrativa Especial para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior y de Justicia, respecto de que la persona ha sufrido las consecuencias de alguno de los eventos.*
- *Evento Catastrófico: Certificación expedida por la autoridad competente de que la víctima hace parte del censo elaborado por los Comités Locales y/o Regionales de Emergencias a los que se refiere el Decreto 919 de 1989, o normas que la modifiquen o deroguen, por tratarse de una persona afectada directamente por el evento.*
- *Fotocopia nítida y ampliada del documento de identidad del beneficiario, más la firma e impresión dactilar en original.*
- *Declaración de no afiliación al SGSSS.*
- *Copia autentica del registro civil de defunción.*
- *Acreditación de condición de beneficiario.*

INDEMNIZACIÓN POR GASTOS FUNERARIOS

COBERTURA

Indemnización máxima de 150 Salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente o evento.

FORMULARIO

Formulario Único de reclamación de indemnizaciones por parte de las Personas Naturales Víctimas de Accidente de Tránsito y Eventos Terroristas o Catastróficos o sus Beneficiarios para la Reclamación de Indemnizaciones por Gastos Funerarios o muerte de la Víctima – FURPEN. Resolución 1915 de 2008.

¿QUIÉN PUEDE RECLAMAR?

La persona natural que demuestre haber realizado la erogación pertinente para cubrir estos gastos con cargo a su patrimonio, hasta por el monto que acredite haber sufragado con cargo a su propio patrimonio o al de un tercero y en el valor que no le haya sido reconocido por otro mecanismo.

En caso que el reclamante no sea beneficiario de la víctima, debe aportar autorización del beneficiario familiar de la víctima para prestar los servicios funerarios y que el pago se realice a su favor en original y con reconocimiento ante notario público y/o autoridad competente.

REQUISITOS

- Formulario FURPEN
- Anexo Técnico estructura Circular Externa 179761 de 2008. (OPCIONAL)
- En caso de la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, certificado de la atención médica y epicrisis
- Acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente.
- Declaración juramentada de condición de aseguramiento del vehículo.
- Evento Terrorista: Certificación expedida por una de las siguientes autoridades: el Alcalde del respectivo municipio o distrito, la Personería Municipal o Distrital o quien haga sus veces, en su ausencia, las autoridades correspondientes de la Policía Nacional o del Ejército o, en últimas, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Dirección General Unidad Administrativa Especial para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior y de Justicia, respecto de que la persona ha sufrido las consecuencias de alguno de los eventos.
- Evento Catastrófico: Certificación expedida por la autoridad competente de que la víctima hace parte del censo elaborado por los Comités Locales y/o Regionales de Emergencias a los que se refiere el Decreto 919 de 1989, o normas que la modifiquen o deroguen, por tratarse de una persona afectada directamente por el evento.
- Fotocopia nítida y ampliada del documento de identidad del beneficiario, más la firma e impresión dactilar en original.
- Declaración de no afiliación al SGSSS.
- Copia autentica del registro civil de defunción.
- Factura con los requisitos de Art 617 del Estatuto Tributario.

- **TÉRMINOS PARA PRESENTAR LAS RECLAMACIONES**

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

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

En el mismo sentido, en desarrollo del literal “c” de la Ley 1753 de 2015, la Resolución 4244 de 2015¹⁰ en el artículo décimo consagró los requisitos esenciales para este mecanismo excepcional:

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

- 1. El usuario existía al momento de la prestación del servicio y/o al beneficiario le asistía el derecho. Para el efecto, se realizarán las validaciones con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC).*
- 2. La atención, servicio o indemnización reclamado se deriva de un evento cubierto por la subcuenta ECAT del Fosyga, de acuerdo con los Decretos 3990 de 2007 o 056 de 2015, aplicables según la fecha de ocurrencia del evento.*
- 3. Se evidencia en los soportes documentales de la reclamación, relación entre los servicios y tecnologías en salud reclamados con el evento que origina la reclamación.*
- 4. Los ítems o conceptos reclamados no han sido objeto de reconocimiento o pago por el Fosyga o por otra entidad, en los términos de los Decretos 3990 de 2007 o 056 de 2015 y no podrán ser diferentes a los previamente glosados.*
- 5. Los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentran soportados en la epicrisis o en el documento que da cuenta de la atención brindada, según corresponda.*
- 6. Los servicios y tecnologías en salud reclamados se soportan en una factura o documento equivalente, en la que se evidencia:*
 - a) Nombre e identificación de la víctima a la cual se suministró el servicio.*
 - b) Detalle de factura con código, descripción, valor unitario, valor total y cantidad del medicamento, servicio médico-quirúrgico, de transporte o prestación de salud, procedimiento o servicio facturado, y*
 - c) Para reclamaciones por atención a víctimas de accidentes de tránsito con vehículo asegurado en el caso de continuidad intrahospitalaria con dos o más pagadores, se requiere copia del detalle de la factura presentada a la aseguradora.*
- 7. El valor de los ítems facturados y reclamados se encuentra liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente y aplicable y estos no podrán ser superiores a los valores previamente glosados.*
- 8. La información registrada en los soportes documentales, formatos y medios magnéticos allegados es consistente frente a la víctima, al beneficiario, los servicios prestados, las fechas y el evento del que se deriva la reclamación.*
- 9. Tanto la entidad reclamante como los servicios objeto de la reclamación se encuentran habilitados para la fecha de prestación de servicio.*
- 10. Se evidencia en los soportes documentales y en medio magnético de la reclamación, coincidencia entre la entidad reclamante con la institución que prestó los servicios de salud.*

¹⁰ “por la cual se establecen los términos, formatos y requisitos para el reconocimiento y pago de los recobros y las reclamaciones en virtud de lo dispuesto en el literal c) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015.”

11. La condición de víctima se acredita según el evento y conforme a lo establecido en los Decretos 3990 de 2007 o 056 de 2015, según corresponda para la fecha de ocurrencia del evento.

12. Los servicios de salud reclamados se prestan a la víctima por la cual se reclama.

13. La persona que reclama en nombre propio o a través de apoderado es el beneficiario de la reclamación, de acuerdo con lo establecido en los Decretos 3990 de 2007 o 056 de 2015, según la fecha de ocurrencia del evento.

14. Las reclamaciones presentadas no son objeto de investigación administrativa o judicial de naturaleza penal.

15. Los ítems o conceptos reclamados no son diferentes, ni los valores presentados son superiores a los inicialmente glosados.

16. Para los casos en los cuales se reclame por la pérdida de capacidad laboral, se verificará:
a) Que la pérdida de capacidad laboral se derive de un evento cubierto por la Subcuenta ECAT.

b) Calificación de la pérdida de capacidad laboral dentro del término máximo establecido de acuerdo con la norma que le sea aplicable, contado a partir de la fecha de ocurrencia del evento.

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

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

Finalmente, la Resolución 1645 de 2016¹¹, estableció el procedimiento, requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas de las que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, así mismo, en el artículo 17 establece los requisitos mínimos de verificación para procedencia de la reclamación:

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

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

1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo al instructivo correspondiente.

2. Que la información contenida en los medios magnéticos del formulario de que trata el numeral anterior, sea consistente con los soportes físicos de la reclamación.

3. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.

¹¹ “Por la cual se establece el procedimiento para el trámite de las reclamaciones, con cargo a la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, y se dictan otras disposiciones.”

4. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.
 5. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por el Fosyga o por otra entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
 6. Que exista relación de los servicios y tecnologías en salud reclamados con el evento que origina la reclamación.
 7. Que los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentren soportados en los documentos de epicrisis o resumen de atención, según corresponda.
 8. Que en la factura de venta o documento equivalente generado por el reclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.
 9. Que el valor de los ítems facturados y reclamados se encuentre liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.
 10. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.
 11. Que los servicios de salud cobrados se encontraban habilitados por el reclamante para la fecha de prestación de los mismos.
 12. Que la entidad reclamante sea la misma que prestó el servicio de salud.
 13. Que la víctima existía al momento de la prestación del servicio de salud.
 14. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
 15. Que los servicios de salud reclamados se prestaron a la víctima por la cual se reclama.
- B. Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por incapacidad permanente:**
1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo al Instructivo correspondiente.
 2. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.
 3. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.
 4. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por el Fosyga o por otra entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
 5. Que la pérdida de capacidad laboral permanente del reclamante guarde relación directa con el evento.
 6. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.
 7. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
 8. Que la calificación de la pérdida de capacidad laboral se haya generado dentro del término máximo establecido en el artículo 15 del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
- C. Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones de indemnización por muerte y gastos funerarios:**
1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo al Instructivo correspondiente.
 2. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.

3. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.
 4. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados por el Fosyga o por otra entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
 5. Que la muerte de la víctima guarde relación directa con el evento.
 6. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
 7. Que el fallecimiento de la víctima se genere dentro del año siguiente a la fecha de ocurrencia del accidente de tránsito.
 8. Que el beneficiario exista y se acredite su condición en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y de la presente resolución.
 9. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.
- D. Aspectos mínimos de verificación para el pago de la indemnización por gastos de transporte desde el sitio de ocurrencia del evento al primer sitio de atención:*
1. Que el formulario que adopte para el efecto este Ministerio a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo al instructivo correspondiente.
 2. Que la información contenida en el medio magnético del formulario con el que se presente la reclamación sea consistente con los soportes físicos de la reclamación.
 3. Que la Subcuenta ECAT del Fosyga sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.
 4. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que le resulte aplicable.
 5. Que en la factura de venta o documento equivalente generado por el reclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.
 6. Que el servicio de transporte reclamado sea consecuencia de un evento reconocido por la Subcuenta ECAT del Fosyga.
 7. Que el valor del ítem facturado y reclamado se encuentra liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.
 8. Que los valores reclamados no han sido reconocidos o pagados por el Fosyga o por otra Entidad, en los términos del Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.
 9. Que la condición de víctima se encuentre acreditada según lo establecido en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
 10. Que el reclamante corresponda a quien realizó el traslado de la víctima. Si la entidad reclamante es una IPS, se verificará que la misma tenga habilitado el servicio de transporte asistencial para la fecha de prestación del servicio.
 11. Que los servicios de transporte se prestaron a la víctima por la cual se reclama.
 12. Que los servicios de transporte se encuentran soportados en los documentos previstos en el Decreto número 056 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya y en la presente resolución.
 13. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.
- PARÁGRAFO 1o.** La validación del cumplimiento de criterios se efectuará de conformidad con lo establecido en el Manual de Auditoría que adopte este Ministerio, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

PARÁGRAFO 2o. En el evento que las personas naturales reclamantes requieran modificar o actualizar los datos inicialmente suministrados y diligenciados en el formulario con el cual se presentó la reclamación, y la etapa de auditoría no haya concluido, deberán radicar documento escrito ante el Fosyga o quien haga sus veces, solicitando la devolución de la misma, lo cual generará la devolución de la reclamación a la etapa de radicación y la aplicación de lo dispuesto en el parágrafo 2o del artículo 15 del presente acto administrativo. PARÁGRAFO TRANSITORIO. Dentro del mes siguiente a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, la firma de auditoría de s y reclamaciones, con base en la auditoría integral realizada, procederá a generar el estado a aquellas reclamaciones que se encuentren en trámite de verificación de autenticidad y veracidad de soportes y hayan superado el término de dos (2) meses contado a partir del cierre del periodo de radicación correspondiente.”

VI. EXCEPCIÓN DE FONDO

- **INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA**

Sobre este punto es importante traer a colación lo dispuesto por el artículo 64 del Código General del Proceso, el cual establece la figura del llamamiento en garantía:

“Artículo 64. Llamamiento en garantía Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.”

Se obtiene de lo anterior que, el llamamiento en garantía constituye una institución jurídica que se basa en la existencia de un derecho legal o contractual que vincula a la parte dentro de un proceso determinado (llamante) y a una persona ajena al mismo (llamado), permitiéndole al primero traer a este como tercero, para que intervenga dentro del proceso, a fin de exigirle que concorra frente a la indemnización del perjuicio que eventualmente puede llegar a quedar a cargo del llamador a causa de la sentencia.

Ahora bien, para la aplicación de esta figura jurídica la Corte Suprema de Justicia – Sala Laboral, a través de auto **11001310301019990969901**, **dic. 19/12, M. P. Arturo Solarte, dispuso que** es necesario que exista un afianzamiento que asegure y proteja al llamante contra algún riesgo, de tal manera que el llamado en garantía está obligado a indemnizar al llamante por la condena al pago de perjuicios o a reembolsar total o parcialmente la suma correspondiente fijada en la sentencia, insistiendo que la protección patrimonial que implica el llamamiento en garantía solo puede hacerse extensiva a quien la provocó.

Se observa entonces que el llamamiento en garantía es una relación de carácter sustancial que ata al tercero con la parte principal, en virtud de la cual aquel debe responder por la obligación que surja en el marco de una eventual condena en contra del llamante. Pero para demostrar este vínculo, se debe aportar prueba, si quiera sumaria, de la existencia del vínculo legal o contractual que da lugar al derecho para formular el llamamiento en garantía, esto es, el nexo jurídico en que apoya la vinculación

del tercero al proceso, situación que en el caso en concreto no se evidencia, toda vez que no existe normatividad alguna que disponga que existe obligación alguna de mi representada, de reconocerle o pagarle a la llamante algún valor. Ahora bien, si bien la ADRES tiene un deber legal de auditar y pagar cualquier reclamación que pretenda el reconocimiento y pago con cargo a la subcuenta ECAT, tratándose de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito cuyo **vehículo involucrado no sea identificado o no cuente con póliza SOAT**, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, para que ello proceda, se requiere el agotamiento de un trámite de auditoría integral (medica, jurídica y financiera) que debe observar la totalidad de REQUISITOS ESTABLECIDOS y frente a los cuales la jurisprudencia ha sostenido su procedencia, pues justifican la erogación de recursos públicos.

Por otro lado, la demandante basa sus pretensiones en la prestación de servicios con cargo a la afectación de pólizas SOAT, por tal motivo, es la entidad aseguradora la encargada de verificar el cumplimiento de los requisitos legales y pago.

Por lo anterior, llama la atención que los argumentos esgrimidos por la llamante en garantía, busca un reconocimiento económico en el caso de que haya lugar a condena alguna por las reclamaciones que son objeto de esta Litis, cuando hay de por medio unas obligaciones legales y contractuales a la expedición de una póliza.

- **INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN**

Frente al caso particular no existe obligación de pago por parte de la ADRES a la llamante en garantía, ni a la demandante, en tanto que, las reclamaciones objeto de la litis no fueron sometidas al trámite de auditoría integral de la ADRES regulado entre otros, en la Ley 100 de 1993, el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007, el Decreto 780 de 2016 y las Resoluciones 1915 de 2008, 1136 de 2012 y 1645 de 2016 que deba ser reconocida y pagada por mi defendida.

De tal suerte que, si existe dentro del proceso judicial prueba siquiera sumaria que demuestre que el resultado de auditoría es inexacto o injustificado, en contravía de la normativa vigente (EJ. Que no era un accidente de tránsito, cuando si, o inconsistencia en los soportes médicos y pertinencia en proceso médico, cuando no había lugar) deberá responder por **LOS PERJUICIOS QUE SU ACTUAR OCASIONE**.

VII. PETICIÓN

Con fundamento en lo indicado, así como en las razones que el Honorable Juez considere pertinentes para llegar a la conclusión a la que aquí se arriba, le solicito comedidamente, exonerar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES de las pretensiones incoadas por la llamante en garantía y en su lugar declarar la no prosperidad de las mismas y desestimar los cargos.

VIII. PRUEBAS

Documentales:

1. Respuesta emitida por la Dirección de Gestión de Tecnologías y Comunicaciones revisado por la Dirección de Otras Prestaciones ADRES, en la que indica que “no se encontraron

registros en base de datos de reclamaciones asociados a la factura de la solicitud, entidad CLÍNICA DE FRACTURAS VALLEDUPAR”

32

2. Al igual que los siguientes documentales:

- 2.1. Contrato Consultoría 080 de 2018 Unión Temporal AUDITORES EN SALUD
- 2.2. Decreto Ley 1281 de 2002
- 2.3. Decreto 3990 de 2007
- 2.4. Resolución 1479 de 2015
- 2.5. Decreto 780 de 2016
- 2.6. Resolución 1645 de 2016
- 2.7. Manual de auditoría integral de reclamaciones
- 2.8. Nota Externa 201733200110423 de 2017

IX. ANEXOS

- Los relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder legalmente conferido por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la ADRES
- Ley 1753 de 2015 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.
- Decreto 1429 de 2016 -Por la cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 101 del 3 de agosto de 2017-Por el cual se delegan unas funciones y se dictan otras disposiciones.
- Resolución N° 453 de 2021 -Nombramiento jefe Oficina Asesora Jurídica de la ADRES.
- Acta de posesión No. 016 de 2021

X. NOTIFICACIONES

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES recibe notificaciones en la Avenida Calle 26 No. 69 – 76 Edificio Elemento Torre 1, Piso 17 de la ciudad de Bogotá- Correo electrónico para notificaciones judiciales es: notificaciones.judiciales@adres.gov.co / teléfono: 4322760 Ext. 1767 – 1771 y el suscrito apoderado en el correo camilo.molano@adres.gov.co Cel. 3214635438.

Cordialmente,



CAMILO ANDRES MOLANO PULIDO

C.C. 1.049.618.320 de Tunja

T.P. 257.841 del C.S. de la J.