

REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN



SALA LABORAL

Medellín, diecinueve (19) de mayo de dos mil veintitrés (2023).

SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA

La **SALA PRIMERA DE DECISIÓN LABORAL** del **TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, conformada por los Magistrados Jaime Alberto Aristizábal Gómez, quien actúa como ponente, Francisco Arango Torres y John Jairo Acosta Pérez, proceden dentro del proceso ordinario con radicado número 05001310501020130140901, promovido por **HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE** en contra de **HUMANA VIVIR SA EPS**, con el fin de resolver el recurso de apelación interpuesto en contra de la sentencia proferida por el Juzgado Décimo Laboral del Circuito de Medellín.

De conformidad con el numeral 1° del artículo 13 de la Ley 2213 de 13 de junio de 2022 “...Por medio de la cual se establece la vigencia permanente del Decreto Legislativo 806 de 2020 y se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia y se dictan otras disposiciones...”, se toma la decisión correspondiente mediante providencia escrita número **129**, previamente discutida y aprobada por los integrantes de la Sala.

ANTECEDENTES

Mediante acción judicial, solicita se declare la prestación del servicio de urgencias a los afiliados de la pasiva y por tanto se ordene el pago de \$196.678.147 con los

intereses de mora establecidos en el Decreto 1281 de 2002 y el artículo 13, literal f., párrafo 5 de la Ley 1122 de 2007 desde la fecha de exigibilidad hasta que se verifique el pago, así como la condena en costas.

Como fundamento fáctico de las pretensiones, se expuso que, en su calidad de IPS de naturaleza pública brindó en el servicio de urgencias atención médica de acuerdo a su nivel de complejidad a los afiliados de Humana Vivir EPS S.A., quien debía efectuar el pago del servicio en los 45 días siguientes a la radicación conforme a lo dispuesto en el Decreto 3260 de 2004 o dentro de los tres meses siguientes si la cuenta fue radicada después de la vigencia de la ley 715 de 2001. En atención a lo anterior, allegó los anexos correspondientes a la Resolución 3047 de 2008 las que no fueron objetadas: FH-17993, FH-47538, FH-69706, LC-148688, CA-195725, LC-148231, AA-132762, AA-132763, AJ-3556, AJ-3557, UA-208235, UA-208359, UA-208236, UA-210149, UB-205055, LA-162585, AF-31885, UB-209441, DB-191586, AJ-5977, AF-31884. Explicó que ante la ausencia de contrato el pago de los servicios de urgencias se rige por lo dispuesto en el Decreto 4747 de 2007, la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2001 con la resolución 3047 de 2008. Ante la prestación del servicio de manera posterior a la expedición de la Ley 1438 de 2011, es aplicable la norma en su integridad especialmente en su artículo 56-57. Narró que en el caso de las facturas descritas y en el término legal, no se presentaron glosas ni se efectuó el pago respectivo, por lo cual, generándose los intereses establecidos en el Decreto 1281 de 2002.

Admitida la demanda, la pasiva dio respuesta indicando:

Que, la entidad se encuentra en proceso de liquidación y todas las actuaciones se encuentran encaminadas a ejecutar lo necesario para la inmediata liquidación de la sociedad según el artículo 222 del Código de Comercio. Expuso que contrario a lo indicado por la parte actora, las facturas que son objeto de reclamación no cumplieron con los requisitos exigidos en el Anexo Técnico 06 de la Resolución 3047 de 2008, sin que se pueda determinar que fueron generadas por la prestación de servicio de urgencias. Indicó que, respecto a la facturación relacionada en la demanda, se verificó que fue radicada antes del inicio del proceso de liquidación,

sin embargo, se realizó glosa sobre las facturaciones con el fin de generar certeza sobre los servicios prestados, por ello no se puede afirmar que manera cierta que fue prestado el servicio que se imputa en cumplimiento de la normatividad en salud hasta tanto no se agote el procedimiento de auditoría médica. Declaró que las glosas fueron realizadas dentro del término para ello, y que han sido atendidas de manera parcial por parte de la IPS, posteriormente se dio pie al Decreto 2555 de 2010 que inició la liquidación de manera definitiva de la entidad. Reiteró que es imperativo se pruebe la prestación del servicio de urgencias. Aclaró que la no generación de la glosa dentro del término no implica la imposibilidad de su formulación de manera posterior, de acuerdo al artículo 9 del Decreto 3260 de 2004, pues lo que disponía fue derogado por el decreto 4747 de 2007, pero si impone la sanción de reconocer los intereses. Comentó que el 60.3% del valor de la prestación de los servicios contenidos en las facturas ha sido cancelado por suma de \$118.549.595. Narró que las facturas que no han sido pagadas se encuentran aún en trámite de auditoría médica y con generación de glosa en cumplimiento de la Resolución 3047 de 2008. Se opuso a la prosperidad de las pretensiones e interpuso las excepciones que denominó: “Improcedencia de la acción judicial impetrada por cuanto la entidad demandada se encuentra en proceso de liquidación según decreto Ley 663 de 1993 y Decreto 2555 de 2010”, “Improcedencia del pago por afectación con glosa de la facturación según Decreto 4747 de 2007, Ley 1438 de 2011, Resolución 3047 de 2008”, “Extinción de la obligación por pago artículo 1626 del código civil”.

En sentencia del diecinueve (19) de mayo del año dos mil diecisiete (2017)

el Juzgado Décimo Laboral del Circuito de Medellín, declaró que los servicios prestados por el Hospital Pablo Tobón Uribe a los afiliados de Humana Vivir EPS son de carácter de urgencias. Declaró hecho superado la cancelación y pago de las facturas FH17993, FH69706, LC148688, CA195725, UA208359, AJ5977 y LA162585 ya canceladas. Ordenó el pago de las facturas UB209441, FH47538, DB191586, AF1884, LC148231, AA1322763, AJ3556, AJ3557, UA208235 y AF31885 por la suma de \$4.483.698 y sobre cada factura los intereses legales dispuestos en el artículo 4 del Decreto 1281 de 2002 desde la emisión de la

sentencia y hasta el pago total. Declaró no probadas las excepciones propuestas y condenó en costas a la pasiva. Sobre las demás facturas indicó su glosa efectiva.

RECUROS DE APELACIÓN

La parte accionada manifestó que las facturas ordenadas en pago, no acatan la normatividad proferida en materia de radicarlas de acuerdo a la resolución 3047 del 2008 y demás artículos pertinentes.

La parte actora elevó su recurso de alzada en tres puntos: Primero sobre las glosas que se tuvieron en cuenta sobre las facturas, Segundo sobre las facturas que se dieron por pagadas y tercero respecto a los intereses moratorios respecto de ambos grupos de facturas. Finalmente, hizo referencia sobre los intereses moratorios a los cuales fue condenada la pasiva.

Sobre las glosas que se tuvieron como demostradas enfatizó que estas son extemporáneas, de cara al artículo 23 del Decreto 4747 de 2007, lo que deriva en entenderse como no presentadas por existir un término perentorio para ello. Narró en síntesis que, si bien el despacho tuvo por probadas las fechas de radicación de las facturas y las fechas de formulación de las glosas, debió verificarse que las glosas son extemporáneas y por tanto entender la ausencia de presentación de estas.

Sobre las facturas que se tuvieron como pagadas por la EPS y en las que se negó la procedencia de los intereses moratorios, resaltó que los pagos de las facturas fueron realizados con posterioridad a la presentación de la demanda, circunstancia que facultaba a la demandante a solicitar el reconocimiento y pago de intereses moratorios a la tasa máxima señalada en la ley, pues el pago no fue realizado en término oportuno, y en este caso, se realizaron en tiempo muy posterior, casi dos años después, siendo sensato el pago de intereses como sanción a la pérdida de poder adquisitivo del dinero del acreedor que no es restituido en término legal, intereses que, deben ser imputados de la manera prevista en el artículo 1653 del Código Civil. Exteriorizó que, sobre los intereses ordenados en las facturas condenadas, dichos intereses deben ser desde cada factura y no desde la sentencia.

Advirtió sobre las glosas y la inexistencia de historia clínica es una exclusión que no podía tenerse como cierta, puesto que la responsabilidad para la formulación de glosas advirtiendo inconsistencias en la factura se encuentra en cabeza de la EPS conforme lo dispuesto en la Resolución 3047 de 2008 anexo número seis, donde se exponen las causales taxativas de las glosas y aclaró que si el despacho consideraba esencial el haber aportado determinado soporte debió haber hecho un estudio de una a una de las causales de glosa, reseñadas en la norma en comento. Solicitó por ende la revocatoria de la sentencia en los puntos dichos.

ALEGATOS

Corrido traslado para ello, las partes no realizaron observación alguna.

PROBLEMA JURÍDICO

Consiste en determinar, en primer lugar, si en efecto debe considerarse la facturación arribada por la pasiva como de servicios en urgencias ante el reproche efectuado por la parte accionada de cara a la Resolución 3047 de 2008 y de ser así, si las glosas realizadas a las facturas están en término oportuno, si deben considerarse como presentadas, si hay lugar a la imputación de pagos descritas en el artículo 1653 c.c. y finalmente, desde cuándo deben proceder los intereses del artículo 4 del Decreto 1281 de 2002.

CONSIDERACIONES

El artículo 164 del Código General del Proceso establece que toda decisión judicial debe fundarse en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso. Y el artículo 167 ibídem consagra el principio de la carga de la prueba que se explica afirmando que al actor le corresponde demostrar los supuestos fácticos en los cuales funda su pretensión y al demandado los hechos en que finca la excepción.

En el sistema general de la seguridad social en salud, mediante el Decreto 4747 de 7 de diciembre del año 2007 se estableció:

“ARTÍCULO 12. INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social.”

“ARTÍCULO 21. SOPORTES DE LAS FACTURAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo al mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social”

El 14 de agosto de 2008, se expidió la Resolución 3047 por medio de la cual se definieron los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre la prestadora del servicio y la responsable del pago definido en el ya enunciado Decreto 4747 de 2007.

En su artículo 12, la Resolución 3047 de 2008 expuso:

“Artículo 12. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución.”.

El anexo técnico 5 de la resolución referida expone textualmente lo siguiente:

“A. Denominación y definición de soportes:

- 1. Factura o documento equivalente: Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.*

2. *Detalle de cargos: Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítems resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.*
3. *Autorización: Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.*
4. *Resumen de atención o epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.*
5. *Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico: Reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.*
6. *Descripción quirúrgica: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto quirúrgico, que recopile los detalles del o de los procedimientos. Puede estar incluido en la epicrisis. En cualquiera de los casos, debe contener con claridad el tipo de cirugía, la vía de abordaje, los cirujanos participantes, los materiales empleados que sean motivo de cobro adicional a la tarifa establecida para el grupo quirúrgico, la hora de inicio y terminación, las complicaciones y su manejo.*
7. *Registro de anestesia: Corresponde a la reseña de todos los aspectos médicos ocurridos como parte de un acto anestésico que incluye la técnica empleada y el tiempo requerido. Este documento aplica según el mecanismo de pago definido. Puede estar incluido en la epicrisis,*

siempre y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo

8. Comprobante de recibido del usuario: Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto.

9. Hoja de traslado: Resumen de las condiciones y procedimientos practicados durante el traslado en ambulancia de un paciente.

10. Orden y/o fórmula médica: Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades. 11. Lista de precios: documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.

11. Lista de precios: documento que relaciona el precio al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.

12. Recibo de pago compartido: Recibo de tiquete, bono o vale de pago de cuotas moderadoras o copagos, pagado por el usuario a la entidad responsable del pago. No se requiere, cuando por acuerdo entre las partes, el prestador de servicios haya efectuado el cobro de la cuota moderadora o copago y sólo se esté cobrando a la entidad responsable del pago, el valor a pagar por ella descontado el valor cancelado por el usuario al prestador.

13. *Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT):* Formulario en el cual el empleador o su representante reporta un accidente de trabajo de un empleado, especificando las condiciones, características y descripción detallada en que se ha presentado dicho evento. Cuando no exista el informe del evento diligenciado por el empleador o su representante, se deberá aceptar el reporte del mismo presentado por el trabajador, o por quien lo represente o a través de las personas interesadas, de acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo 25 del Decreto 2463 de 2001.

14. *Factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA:* Corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA por la atención de un paciente.

15. *Historia clínica:* es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo. 16. *Hoja de atención de urgencias.* Es el registro de la atención de urgencias. Aplica como soporte de la factura, para aquellos casos de atención inicial de urgencias en los cuales el paciente no requirió observación ni hospitalización.

17. *Odontograma:* Es la ficha gráfica del estado bucal de un paciente, y en la cual se van registrando los tratamientos odontológicos realizados. Aplica en todos los casos de atenciones odontológicas.

18. *Hoja de administración de medicamentos:* Corresponde al reporte detallado del suministro de medicamentos a los pacientes hospitalizados, incluyendo el nombre, presentación, dosificación, vía, fecha y hora de administración
.....”

Nótese pues, como era imprescindible según lo anterior, el acompañamiento de la documental necesaria para respaldar las facturas de los servicios prestados en el sistema de urgencias. Esta obligación, se encuentra también establecida en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 que señaló:

“Parágrafo 1°. La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008.”.

Así mismo, el artículo 3 de la Ley 1231 de 2008, establece:

“ARTÍCULO 3o. El artículo 774 del Decreto 410 de 1971, Código de Comercio, quedará así: Requisitos de la factura. La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:

- 1. La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 673. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguientes a la emisión.*
- 2. La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley.*
- 3. El emisor vendedor o prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura.*

No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura. *(subrayas fuera de la sala).*

En todo caso, todo comprador o beneficiario del servicio tiene derecho a exigir del vendedor o prestador del servicio la formación y entrega de una factura que corresponda al negocio causal con indicación del precio y de su pago total o de la parte que hubiere sido cancelada.

La omisión de requisitos adicionales que establezcan normas distintas a las señaladas en el presente artículo, no afectará la calidad de título valor de las facturas.”.

Se ha impartido pugna por parte de la accionada, desde la respuesta al hecho cuarto de la demanda, sobre la prestación del servicio de Urgencias que se reclama, pues insiste que la facturación referida no cumplió los requisitos establecidos en la normativa **para lograrse determinar la prestación** del acompañamiento médico que se insiste hacerse efectuado en el libelo gestor, siendo determinante pues, que la Sala valore la prueba documental arribada con el escrito de demanda en donde se constata:

FACTURAS	VALOR	FECHA DE PRESENTACIÓN	PRESTACION SERVICIO
FH17993	\$ 22.599.263	marzo 7 de 2013	5 de febrero de 2013
FH47538	\$ 34.000	abril 12 de 2013	8 de abril de 2013
FH69706	\$ 95.294.851	mayo 14 de 2013	4 de mayo de 2012
LC148688	\$ 213.800	octubre 25 de 2011	24 de septiembre de 2011
CA195725	\$ 30.900	octubre 25 de 2011	26 de septiembre de 2011
LC148231	\$ 496.560	enero 4 de 2012	2 de septiembre de 2011
AA132762	\$ 15.354.060	febrero 9 de 2012	30 de enero de 2012
AA132763	\$ 497.430	febrero 9 de 2012	30 de enero de 2012
AJ3556	\$ 14.722.334	abril 19 de 2012	16 de marzo 2012
AJ3557	\$ 192.024	abril 19 de 2012	14 de marzo 2012
UA20835	\$ 12.604.234	junio 13 de 2012	24 de mayo de 2012
UA208359	\$ 493.081	junio 13 de 2012	28 de mayo de 2012
UA208236	\$ 125.741	julio 13 de 2012	24 de mayo de 2012
UA210149	\$ 863.492	junio 28 de 2012	22 de junio de 2012
UB205055	\$ 394.896	septiembre 7 de 2012	4 de septiembre de 2012
LA162585	\$ 103.500	septiembre 12 de 2012	11 de septiembre de 2012
AF31885	\$ 3.820.000	octubre 20 de 2012	11 de mayo de 2012
UB209441	\$ 102.138	octubre 30 de 2012	8 de noviembre de 2012
DB191586	\$ 31.000	diciembre 3 de 2012	16 de noviembre de 2012
AJ5977	\$ 18.578.493	diciembre 11 de 2012	22 de noviembre de 2012
AF31884	\$ 10.126.350	febrero 11 de 2013	11 de mayo de 2012

Cada una de las facturas en comento se encuentran acompañadas con la constancia de envío a la pasiva, sin ninguna otra documental, con lo que no puede la parte demandante exigir que se procediera con el cumplimiento de los términos dados en el Decreto 4747 de 2007 para la formulación de glosas, cuando los medios con los que se solicitó el pago **no llenaban tampoco la normativa descrita**, pues precisamente los requerimientos que se realizaron como glosas para el pago efectivo fueron los anexos de historia clínica que soportara los valores

peticionados, documental que de haberse remitido como se exigía en el anexo técnico 5 al que se ha hecho referencia, no hubiera dado duda alguna de la prestación del servicio.

En atención a lo anteriormente dispuesto, considera la Sala que le asiste razón al demandado recurrente en que las facturas no llenaban los requisitos normativos y por tanto no podía inferirse la prestación del servicio el que se solicitaba pago, pues basta con la simple revisión para determinar que no se realiza ni siquiera un resumen de la historia clínica del paciente que origina cobro. Es por ello que se revocará el numeral Tercero respecto al pago de las facturas UB209441, FH47538, DB191586, AF31884, VLC148231, AA132763, AJ3556, AJ3557, UA208235 y AF31885, punto exclusivo de apelación por la parte accionada.

Ahora, sobre las facturas AA132762, UA208236, UA210149 y UB205055 en las que se declaró la validez de la glosa correspondiente, las cuales, son peticionadas en el recurso de alzada por la demandante, se verifica la ausencia de documental de la que se desprenda que, en efecto correspondan a servicio prestado a la pasiva, ante la ausencia de los anexos correspondientes. Por tanto, es coherente para la Sala que, la juez de primera instancia hubiese determinado en ese punto la viabilidad de las glosas por la ausencia de prueba de la prestación del servicio, pues se insiste, ante no tener las facturas los requisitos de la Resolución 3047 de 2008, las llamadas glosas o solicitud de exclusión se podían presentar en cualquier tiempo, y siendo así, fueron válidamente recibidas.

La solicitud de imputación de pagos elevada por la recurrente, amparada bajo el artículo 1653 del CC que expone:

“Si se deben capital e intereses, el pago se imputará primeramente a los intereses, salvo que el acreedor consienta expresamente que se impute al capital.

Si el acreedor otorga carta de pago del capital sin mencionar los intereses, se presumen éstos pagados.”

Así mismo, el artículo 4 del Decreto 1281 de 2002 enuncia:

“Artículo 4°. Intereses moratorios. El incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos de que trata este decreto, causará intereses moratorios a favor de quien debió recibirlos, liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.”

Ante la ausencia de los requisitos de las facturas allegadas para ser cobradas de la manera descrita en la Resolución 3047 de 2008, mal podría hablarse de la imposición de intereses sobre los valores reconocidos por la demandada, pues la entidad nunca estuvo en mora ya que no se realizó el cobro de la manera adecuada, y más aún la imputación de pagos de los mismos, razón por la cual, habrá de confirmarse la decisión de la *a quo*, de declarar como hecho superado los pagos realizados por la demandada, **sin imposición de interés alguno, y se revocará el numeral tercero de la sentencia.**

Costas en esta instancia a cargo de la parte accionante ante la prosperidad de su recurso en suma de \$1.160.000.

En mérito de lo expuesto, la **SALA PRIMERA DE DECISIÓN LABORAL** del **TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: Revocar el numeral **TERCERO** de la sentencia proferida el diecinueve (19) de mayo el año dos mil diecisiete (2017) por el Juzgado Décimo Laboral del Circuito de Medellín.

SEGUNDO: Costas a cargo de la parte accionante y a favor de la pasiva en esta instancia en suma de \$1.160.000.

Lo resuelto se notifica en **EDICTO**. Se ordena regresar el proceso al Juzgado de origen.

Los Magistrados,

Jaime Alberto Aristizábal Gómez

John Jairo Acosta Pérez

Francisco Arango Torres

Firmado Por:

Jaime Alberto Aristizabal Gomez
Magistrado
Sala Laboral
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

John Jairo Acosta Perez
Magistrado
Sala Laboral
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Francisco Arango Torres
Magistrado
Sala Laboral
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>