



**Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali**  
**Sala Primera de Decisión Laboral**

Magistrado Ponente:

**Fabio Hernán Bastidas Villota**

Veintiocho (28) de Abril dos mil veintidós (2022).

<b>Proceso:</b>	Función Jurisdiccional Superintendencia de Salud.
<b>Radicado:</b>	760012205000- 2021-00256-00
<b>Demandante:</b>	Pedro Nel Alquichire Tavera
<b>Demandado:</b>	Coomeva EPS S.A.
<b>Origen:</b>	Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud.
<b>Asunto:</b>	<b>Confirma sentencia-</b> Reembolso gastos médicos-atención de urgencias.
<b>Sentencia escrita No.</b>	<b>104</b>

## I. ASUNTO

Corresponde a la Sala decidir sobre el recurso de apelación interpuesto por la demandada **Coomeva EPS S.A.**, contra la Sentencia N° S-2020-001302 del 17 de julio de 2020, proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del proceso promovido por Pedro Nel Alquichire Tavera contra Coomeva EPS S.A.

## II. ANTECEDENTES

### 1. La demanda.

Pretende el demandante Pedro Nel Alquichire Tavera, a través de su apoderada judicial Natalia Vélez Díaz, se efectúe el reconocimiento económico por parte de Coomeva EPS S.A., de la suma de \$14'125.854, por concepto de gastos en los que incurrió el señor Pedro Nel Alquichire Tavera, en la atención de urgencias en

la IPS Academia Adscrita a Asociación de Especialistas Clínica de Especialistas del 2 al 09 de febrero de 2018.<sup>1</sup>

## 2. Contestación de la demanda.

### 2.1 Coomeva EPS S.A.

La demandada dio contestación al libelo introductorio. En virtud de la brevedad y el principio de economía procesal, no se estima necesario reproducirla (Arts. 279 y 280 C.G.P.). Propuso las siguientes excepciones de mérito: “Inoperancia de reconocimiento de reembolso por no encontrarse probada la negativa justificada o negligencia por parte de Coomeva EPS S.A.”, “Inoperancia de reconocimiento de reembolso Coomeva EPS S.A. no fue informada de la urgencia”, “Responsabilidad exclusiva del demandante”, “Falta de requisitos formales del título valor” y “Excepción genérica”<sup>2</sup>.

## 3. Decisión de primera instancia

3.1. Por medio de la Sentencia N° S-2020-001302 del 17 de julio de 2020<sup>3</sup>, la *a quo* decidió: **Primero**, acceder a la pretensión formulada por el señor Pedro Nel Alquichire Tavera, en contra de Coomeva EPS S.A., **Segundo**, ordenó a Coomeva EPS, reconocer y pagar a favor del señor Pedro Nel Alquichire Tavera, de la suma de \$14'125.854, **Tercero**, trasladar copia del expediente a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional – Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud, para que conozca de las presuntas irregularidades en que pudo incurrir la IPS Clínica de Especialistas. **Cuarto**, advirtió que la Sentencia puede ser impugnada ante el Tribunal Superior del Distrito Judicial Sala Laboral, correspondiente al domicilio del apelante; **Quinto**, notificar la Sentencia al demandante al correo electrónico o por el medio más expedito.

3.2. Para arribar a tal decisión, invocó entre otros la sentencia T-092 de 2018, los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, y los artículos 153, 156 de la ley 100 de 1993, los artículos 11 y 13 de la Carta Superior el artículo 41 de la ley 1122 de 2007, adicionado por el artículo 126 de la ley 1438 de 2011, el artículo 159 de la Ley 100 de 1993. Además, para establecer la responsabilidad de Coomeva EPS,

---

<sup>1</sup> Archivo Demanda Natalia Vélez Díaz.msg.

<sup>2</sup> Archivo NURC 1-2019-357707 J-2018-1570 Contestación Coomeva

<sup>3</sup> Folios 231 a 244 de EXPEDIENTE DIGITALIZADO J-2018-1750.pdf

en el caso concreto explicó la definición de urgencia de acuerdo con el diccionario de la RAE<sup>4</sup>, y lo dispuesto en el artículo 3 del decreto 412 de 1992 que advierte cuál es la atención Inicial de Urgencias. De la misma forma citó el artículo 9 de la Resolución 5261 de 1994, el artículo 168 de la ley 100 de 1993, artículos 10 y 14 de la ley 1751 de 2015, referentes a los derechos y deberes de las personas, relacionados con el servicio de salud, y la prohibición de la negación de prestación de servicios, respectivamente.

3.3. Indicó que el demandante es un usuario de 74 años para la época de los hechos, el cual presentó **“hematemesis y deposiciones melánicas”**, teniendo que ser ingresado el 02 de febrero de 2018 por el servicio de urgencias de la IPS Clínica de Especialistas, la cual no hace parte de la red de prestadores de la demandada, declarando éste de su afiliación a Coomeva EPS S.A., información que no fue registrada por la entidad en ningún documento o en la historia clínica, dejando parecer que el accionante no estuviera afiliado al SGSS.

3.4 En concordancia con lo expuesto, y tras haber valorado el material probatorio, encontró que el caso se trata de una atención inicial de urgencias, cubierta en la IPS Clínica de Especialistas, a un afiliado a Coomeva EPS S.A., señor Pedro Nel Alquichire Tavera, adulto mayor, sujeto de especial protección constitucional. Encontró la Superintendente Delegada, probado que la IPS informó a Coomeva del ingreso del señor Alquichire a sus instalaciones, el día 02 de febrero de 2018, como usuario de la EPS diagnosticado con **“hematemesis y deposiciones melánicas”**, vía correo electrónico, fechado 03 de febrero de 2018<sup>5</sup>. Sin embargo, la IPS pese a tener conocimiento de la afiliación del paciente a Coomeva EPS S.A., en calidad de pensionado, le facturó la atención inicial de urgencias como particular así como los demás días que permaneció allí hospitalizado<sup>6</sup>.

3.5. Determinó que Coomeva EPS S.A., tenía la obligación de autorizar la atención en salud que requirió su afiliado y después de que éste superara la urgencia, haber gestionado el traslado del paciente a un prestador de su red, permitiendo concluir que existió una negativa injustificada por omisión de su deber de garantizar la atención en salud, por parte de la accionada, por lo que el señor Alquichire se vio en la obligación de acceder a los servicios de salud requeridos, de manera particular y con el fin de preservar su integridad física y funcional incurrir en un gasto que no estaba en la obligación de asumir. No obstante lo

---

<sup>4</sup> Folio 239 de EXPEDIENTE DIGITALIZADO J-2018-1750.pdf

<sup>5</sup> Folio 25 ibíd.

<sup>6</sup> Folio 240 ibídem.

anterior, tampoco debió la IPS Clínica de Especialistas contrariar las normas del SGSSS, al exigirles a los familiares del demandante, el pago de los gastos de la atención de urgencia, imponiendo una carga económica injusta y más si se tiene en cuenta que se trata de un sujeto de especial protección constitucional<sup>7</sup>.

3.6. Declaró que Coomeva EPS S.A., como asegurador en salud del demandante está en la obligación de cubrir el aseguramiento de la atención en urgencias, derivado de la hemorragia de vías altas que sufrió el señor Alquichire y que le fue prestado en la IPS Clínica de Especialistas, la suma de \$14'125.854, por los gastos demostrados; declarando, no probados los medios exceptivos propuestos por la convocada.

#### **4. La apelación**

4.1. Inconforme con la sentencia emitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, el apoderado de la Entidad Promotora de Salud Coomeva EPS S.A. interpuso recurso de reposición y en subsidio de apelación<sup>8</sup>, solicitando se revoque la Sentencia N° S-2020-001302 del 17 de julio de 2020.

**4.2.** Como sustento de su oposición, indicó se configuraban las siguientes premisas:

4.2.1. Inoperancia de reconocimiento de reembolso por no encontrarse probada la negativa justificada o negligencia por parte de Coomeva EPS S.A.<sup>9</sup>: aduce que fue el demandante quien decidió acudir voluntariamente como usuario particular a la IPS Clínica de Especialistas, lo cual no está adscrita a la red de servicios de la demandada; impidiendo que Coomeva EPS S.A., garantizara de forma integral la atención en salud, evidenciando que no hubo actuación negligente o injustificada negativa a prestar el servicio médico.

4.2.2. Responsabilidad exclusiva del demandante: por cuanto fue el demandante quien decidió acudir voluntariamente como usuario particular a la IPS Clínica de Especialistas y en tal condición le fueron prestados los servicios de salud.

---

<sup>7</sup> Folio 241 de EXPEDIENTE DIGITALIZADO J-2018-1750.pdf

<sup>8</sup>Folio 257 a 272 ibíd.

<sup>9</sup> Folio 258 ibíd.

- 4.2.3. Inexistencia de la obligación por parte de Coomeva EPS S.A.: Reitera la demandada que fue el demandante quien decidió acudir voluntariamente como usuario particular a la IPS Clínica de Especialistas y que la misma no reportó a Coomeva EPS S.A., el ingreso del usuario por urgencias, y, teniendo en cuenta el aplicativo de información de salud del día 01/02/2018 al 01/03/2018 no se evidencia reporte de hospitalización del señor Pedro Nel Alquichire Tavera. Por lo que al aceptar que la atención se le hubiera prestado de manera particular, considera es obligación del demandante asumir la totalidad de la misma, tal como lo establece el artículo 14 de la resolución 5261 de 1994. Considerando, que a la demandada no le asiste compromiso legal frente a la reclamación hecha por el afiliado.
- 4.2.4. Reconocimiento de reembolso a tarifas vigentes. Solicitó el recurrente que de ser considerado responsable de cubrir los gastos cancelados por el demandante, se tengan en cuenta las tarifas vigentes y la normatividad aplicable a la fecha de la ocurrencia de los hechos.
- 4.2.5. Falta de requisitos formales a título valor. Adujo el demandado que el documento allegado como base de la solicitud de reembolso, no cumple con los requisitos establecidos en los artículos 621, 774 del Código de Comercio y el 617 del estatuto tributario, para la validez de la factura como título valor, al no contar con la descripción específica de los servicios que se le prestaron al usuario, al indicar únicamente que son anticipos abono a, sin realizar una descripción de los servicios que le fueron prestados al usuario.

## **5. Trámite de segunda instancia**

### **5.1. Alegatos de conclusión**

Los apoderados judiciales de las partes, previo traslado para alegatos de conclusión, de conformidad con el artículo 15 del Decreto Ley 806 del 04 de junio de 2020, se pronunciaron, así:

#### **5.1.1. Parte demandante y Coomeva EPS S.A.:**

Dentro del término del traslado guardaron silencio.

## **III. CONSIDERACIONES DE LA SALA**

## 1. Problema jurídico.

Corresponde a la Sala establecer si:

- 1.1. ¿Hay lugar a condenar a la EPS a reembolsar los gastos en que incurrió su afiliado al sistema, por la atención de urgencias y demás servicios de salud que le fueron prestados del día 2 al 09 de febrero de 2018, en la Clínica de Especialistas, pese a que esta última no hace parte de la red de servicio de Coomeva EPS S.A., conforme a su diagnóstico de Hemorragia de vías digestivas altas?

## 2. Respuesta al problema jurídico.

2.1. La respuesta al interrogante es **positiva**. Fue acertada la decisión de la Superintendente Delegada, pues se verificó con prueba suficiente que Coomeva EPS S.A. no garantizó la accesibilidad, continuidad, oportunidad e integralidad de la atención, exámenes diagnósticos y demás servicios de salud requeridos por el señor Pedro Nel Alquichire Tavera, en la atención de urgencias que le fueron suministrados por la IPS Clínica de Especialistas. Lo anterior por causa de una hematemesis y deposiciones melánicas<sup>10</sup> (vómito y deposiciones con sangre), que derivaron en el diagnóstico hemorragia de vías digestivas altas, atención que recibió de manera particular dada la apremiante necesidad de atención médica, en aras de preservar su salud y su integridad física y funcional.

2.2. Los fundamentos de la tesis son los siguientes:

El art. 41 de la ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, establece que, con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con facultades propias de un juez en los siguientes asuntos:

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

---

<sup>10</sup> Folio 10 - 17 del archivo digital Escaneo 137 Archivo Demanda Natalia Vélez Díaz.msg

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

Así mismo, es oportuno recordar que conforme al artículo 159, numerales 1, 2 y 4, de la Ley 100 de 1993, se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

- “1. *La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas.*
2. *La atención de urgencias en todo el territorio nacional (...).*
4. *La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios”.*

A su turno el art. 168 ibídem, consagró que la atención inicial de urgencias debe ser suministrada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

Adicional a lo anterior, el art. 120 Decreto 19 de 2012 señala que: “...el trámite de autorización para la prestación de servicios de salud lo efectuará, de manera directa, la institución prestadora de servicios de salud IPS, ante la entidad promotora de salud, EPS. En consecuencia, ningún trámite para la obtención de la autorización puede ser trasladado al usuario”.

De la misma manera, el art. 14 de la Ley 1751 de 2015, consagra que: *“Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia”*.

A su turno, la Ley 1438 de 2011<sup>3</sup> señala que el Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Estableció entre otros principios, los de calidad y eficiencia.

A su vez, la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, definió las siguientes atenciones, así:

**“4. Atención con internación:** *Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.*

(...)

**5. Atención de urgencias:** *Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.*

(...)

**12. Consulta médica:** *Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. **La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o***

***especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.***

Además, el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, emitida por el Ministerio de Salud “Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimiento del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, dispone:

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

La Corte Constitucional en sentencia T-066 de 2020, se refirió al cuidado y protección de los adultos mayores como sujetos de especial protección constitucional en los siguientes términos:

*“...resulta imprescindible que el Estado disponga un trato preferencial para las personas mayores con el fin de propender por la igualdad efectiva en el goce de sus derechos. En miras de alcanzar dicho propósito, se requiere la implementación de medidas orientadas a proteger a este grupo frente a las omisiones o acciones que puedan suponer una afectación a sus garantías fundamentales. (...) la tercera edad apareja ciertos riesgos de carácter*

*especial que se ciernen sobre la salud de las personas y que deben ser considerados por el Estado Social de Derecho con el fin de brindar una protección integral del derecho a la salud, que en tal contexto constituye un derecho fundamental autónomo...”*

### 2.3. Caso concreto:

2.3.1. La Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud estimó que era procedente reconocer el reembolso al usuario de la suma de dinero que resultó soportada con las facturas y los recibos de caja asumidos como gastos demostrados,<sup>11</sup> consistentes en<sup>12</sup>:

FACTURA/R. CAJA	FECHA	RAZON SOCIAL	CONCEPTO	VALOR
FACTURA AA-63470	02/02/2018	CLINICA DE ESPECIALISTAS	Consulta de primera Vez	\$70.000
RECIBO DECAJA 1011	02/02/2018		Anticipo	\$2.000.000
RECIBO DECAJA 1012	04/02/2018		Anticipo	\$343.200
RECIBO DECAJA 1013	04/02/2018		Anticipo	\$543.400
RECIBO DECAJA 1014	05/02/2018		Anticipo	\$1.259.300
RECIBO DECAJA 1015	05/02/2018		Anticipo	\$1.700.000
RECIBO DECAJA 1018	08/02/2018		Anticipo	\$8.057.054
RECIBO DECAJA 1022	09/02/2018		Anticipo	\$152.900
<b>TOTAL</b>				<b>\$14.125.854</b>

2.3.2. Pues bien, no es sujeto de controversia los siguientes supuestos fácticos: *i.* que el señor Pedro Nel Alquichire Tavera se encuentra afiliado a Coomeva EPS S.A.; *ii)* tampoco se discute que el accionante presentó un cuadro de hemorragia de vías digestivas altas, y, por lo mismo, debió ingresar por servicio de urgencias a la IPS Clínica de Especialistas, *iii)* En el asunto, igualmente, no es objeto de discusión que Pedro Nel Alquichire Tavera, asumió el pago de los servicios de Salud y de atención por urgencias, honorarios, anestesia, estancia hospitalaria generados entre el 02 de febrero de 2018 y el 09 de febrero del mismo año, en la IPS Clínica de Especialistas, servicios que ascendieron a la suma de \$14'125.854. *iv)* No se discute, que se trataron de servicios médicos de urgencia prestados a un paciente adulto mayor.

<sup>11</sup> Folios 10 al 17 del archivo digital Escaneo 137.pdf Demanda.msg

<sup>12</sup> Folio 243 de EXPEDIENTE DIGITALIZADO J-2018-1750.pdf

Llama la atención, que la Superintendencia para arribar a su decisión, también tuvo en cuenta la verificación de los documentos médicos realizada por la profesional de la medicina Marbel D' Ruggiero, integrante del grupo de apoyo especializado a la labor hermenéutica de dicha autoridad<sup>13</sup>. Posterior a lo cual advirtió lo siguiente:

*“1. Se trata de un paciente de 74 años de edad, que refirió evento de hemorragia de vías digestivas altas, que ameritaba ser atendido para controlar el riesgo a complicaciones en paciente vulnerable con comorbilidades existentes, se evidenció que la IPS solo envió un correo informando el caso del paciente, realizando el proceso de forma incompleta, sin embargo no se puede trasladar responsabilidad y carga administrativa a los familiares del paciente<sup>14</sup>”.*

Como no fue objeto de apelación que se tratara de servicios de urgencia que requería el accionante, no cabe duda que su costo debía correr por cuenta de la entidad prestadora de servicios de Salud a la cual estaba afiliado, como lo es Coomeva EPS, debiendo asumir el reembolso de estos gastos conforme a lo señalado por la Resolución 5261 de 1994, transcrita anteriormente.

Finalmente, la Sala concuerda con la conclusión a que arribó la *a quo* cuando adujo que no encontró error o carencia de requisitos en la factura y los recibos de caja aportados por el accionante en la demanda, por lo que no les restó validez a los mismos. Premisas que no compartió el recurrente cuando indicó que aquellos no contaban con la descripción específica de los servicios que se le prestaron al usuario, al indicar únicamente que son anticipos abono a, sin realizar una descripción de los servicios que le fueron prestados al usuario.

Siendo preciso desvirtuar dichos señalamientos, indicando que las premisas aludidas no afectan la validez del negocio jurídico que dio origen a las facturas y recibos de caja, y por lo mismo no se le puede restar el valor probatorio que merecen, puesto que ellas legalmente mantienen la validez del negocio jurídico, que existió en algún momento entre su afiliado Pedro Nel Alquichire y la IPS Clínica de Especialistas, la cual le prestó los servicios médicos de atención de urgencia.

---

<sup>13</sup> Folio 237 de EXPEDIENTE DIGITALIZADO J-2018-1750.pdf

<sup>14</sup> Folio 239 ibidem.

Ante dicho panorama, el afiliado al sistema general de seguridad social en salud que sufra una enfermedad de origen común, tiene derecho a que dicho sistema le preste los servicios asistenciales y le reconozca las prestaciones económicas asistenciales a que tiene derecho.

Por tanto, los servicios de salud que demande el afiliado deben ser prestados a través de la entidad promotora de salud a la cual se encuentre afiliado en el sistema general de seguridad social en salud, y como quiera que en el presente caso ocurrió a través de una la IPS Clínica de Especialistas, asumiendo el actor los gastos que no estaban a su cuenta, dicha EPS está en la obligación de reembolsarle el costo de tales servicios, es decir, debe cubrir el aseguramiento de la atención en urgencias, derivado de la hemorragia de vías altas que sufrió el señor Alquichire y que le fue prestado en la IPS Clínica de Especialistas, la cual ascendió a la suma de \$14'125.854, por los gastos justificados.

Sin que sean acogidos los argumentos esbozados por el recurrente por pasiva, cuando se releva de su obligación, con el único argumento que en aquellos documentos cambiarios, se indica que corresponde a anticipo de abonos y no se realiza una descripción de los servicios que le fueron prestados al usuario, pues basta con detenerse a verificar la historia clínica que soporta los servicios, para concluir sin ningún esfuerzo, que dichas facturas y comprobantes de pago, devenían de los servicios que por urgencias fueron prestados al actor. No siendo válido imponer cargas al afiliado que no está en condiciones de sobrellevar, pues como se dijo las facturas y comprobantes de pago, iban de la mano, con las situaciones fácticas hospitalarias que tuvo que padecer el afiliado y su familia, las cuales constan en toda la historia clínica que se aportó al plenario, ante la patología por él padecida de **“hematemesis y deposiciones melánicas”**.

Corolario de todo lo anterior, resulta apropiada la decisión de primer grado, en cuanto dispuso el reembolso de los gastos por servicios médicos en favor de la parte actora, puesto que los mismos se encontraban en cabeza de la EPS, motivo por el cual, no hay lugar a acoger los argumentos esgrimidos por Coomeva EPS S.A. en su escrito de apelación; debiéndose por tanto confirmar la sentencia impugnada.

## **5. Costas.**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 365 del C.G.P., se condenará en costas en esta instancia a la parte apelante Coomeva EPS S.A.

#### IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la **Sala Primera de Decisión Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

#### RESUELVE:

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia N° S-2020-001302 proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud el día 17 de julio de 2020.

**SEGUNDO: CONDENAR EN COSTAS** a cargo de la parte apelante y en favor del demandante. Las agencias en derecho en esta instancia se fijan en suma de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

#### NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,

Firma digitalizada para  
actos judiciales

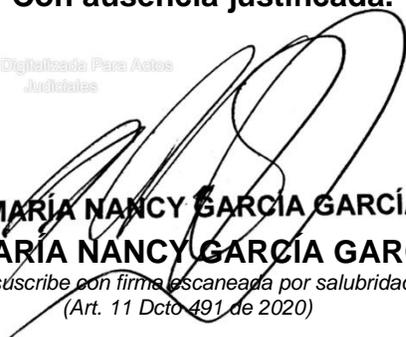


**FABIO HERNÁN BASTIDAS VILLOTA**  
**FABIO HERNÁN BASTIDAS VILLOTA**

**CARLOS ALBERTO CARREÑO RAGA**

**Con ausencia justificada.**

Firma Digitalizada Para Actos  
Judiciales



**MARÍA NANCY GARCÍA GARCÍA**  
**MARÍA NANCY GARCÍA GARCÍA**

Se suscribe con firma escaneada por salubridad pública  
(Art. 11 Dcto 491 de 2020)