

RAD. 110013103004202200363

JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
BOGOTÁ D. C., DIECIOCHO (18) de OCTUBRE de DOS MIL
VEINTIDÓS (2022)

Encontrándose al despacho el presente asunto y dado que los documentos presentados como base de la acción son por prestación de servicios de salud por parte de una EPS., es preciso revisar la legislación vigente respecto del tema con el propósito de establecer su mérito ejecutivo.

La Resolución 5334 de 2008 dispone en su artículo 5 lo siguiente:

"Artículo 5º. Aplicación de otras normas. Los formatos, procedimientos y términos establecidos en el Decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008 son aplicables para la atención de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado – No POS-S".

El Decreto 4747 de 2008 *"Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones"*, dispone en su artículo 23 el trámite que debe surtirse entre las entidades como las aquí intervinientes, para realizar recobros como los aquí presentados.

Esto es, que la Empresa Promotora del Servicio de Salud, debe presentar a la entidad que debe realizar el pago, las facturas con todas y cada uno de los soportes que establece el Ministerio de la Protección Social, y que la entidad responsable del pago, no podrá exigir soportes adicionales a los que define el Ministerio, para el pago de las facturas, requisitos previstos en el Anexo Técnico número 5 de la Resolución 003047 de 2008, modificada por la Resolución 416 del 18 de febrero de 2009.

La Resolución 3047 de 2008, en su art. 12 dice *"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 número 5, que hace parte integral de la presente resolución"*.

Una vez radicados los documentos, **La Dirección Territorial de Salud, cuenta con el termino de treinta (30) días hábiles, a la radicación de las facturas, para formular y comunicar las glosas** correspondientes a cada factura, y se entiende por glosa, los reparos entre el tipo y volumen de servicios prestados.

Según el Decreto 4747 de 2007 en su art. 23 dispone cual es el trámite de las glosas así: **"ARTÍCULO 23. TRÁMITE DE GLOSAS.** *Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y*

comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

Dado que las facturas que se allegan como títulos base de la acción, por ser estas por servicios de salud, deben ceñirse no solo a las normas generales en lo que se refiere a títulos ejecutivos, sino también a las previstas por el Ministerio de la Protección Social, en la Resolución 3047 de 2008 y el anexo técnico N.º 5, en el cual se establecen cuáles son los anexos que se deben aportar con las facturas y como se deben llenar las mismas, para lo cual me permito transcribir dicho anexo.

"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 ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en y cuando ofrezca la misma información básica: tipo de anestesia, hora de inicio y terminación, complicaciones y su manejo.

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.

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.

B. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PARA EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO

1. Consultas ambulatorias:

- a. Factura o documento equivalente.*
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.*
- c. Autorización. Si aplica*
- d. Comprobante de recibido del usuario.*

e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades

f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

2. Servicios odontológicos ambulatorios:

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c. Autorización. Si aplica.

d. Comprobante de recibido del usuario.

e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

f. Odontograma.

g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

3. Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias:

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c. Autorización. Si aplica.

d. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Excepto en aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

e. Comprobante de recibido del usuario.

f. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle

c. Autorización. Si aplica.

d. Comprobante de recibido del usuario.

e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

5. Medicamentos de uso ambulatorio:

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c. Autorización. Si aplica

d. Comprobante de recibido del usuario.

e. Fotocopia de la fórmula médica.

f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

6. Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio:

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c. Autorización. Si aplica

d. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

e. Comprobante de recibido del usuario.

f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

7. Lentes:

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c. Autorización. Si aplica

d. Comprobante de recibido del usuario.

e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

8. Atención inicial de urgencias:

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle

c. Informe de atención inicial de urgencias.

d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación. e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.

f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.

g. Comprobante de recibido del usuario.

h. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

9. Atención de urgencias:

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c. Autorización. Si aplica.

d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.

e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.

f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.

g. Comprobante de recibido del usuario.

- h. Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.*
- i. Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.*
- j. Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.*
- k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.*

10. Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria):

- a. Factura o documento equivalente.*
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle*
- c. Autorización. Si aplica.*
- d. Resumen de atención o epicrisis.*
- e. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.*
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.*
- g. Descripción quirúrgica.*
- h. Registro de anestesia.*
- i. Comprobante de recibido del usuario.*
- j. Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.*
- k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.*
- l. Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.*
- m. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito*

11. Ambulancia:

- a. Factura o documento equivalente.*
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.*
- c. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica*
- d. Autorización. Si aplica*
- e. Hoja de traslado.*
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.*

12. Honorarios profesionales:

- a. Factura o documento equivalente.*
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.*
- c. Autorización. Si aplica*
- d. Comprobante de recibido del usuario.*
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.*
- f. Registro de anestesia. Si aplica.*
- g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.*

C. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO.

- a. Factura o documento equivalente.*
- b. Autorización. Si aplica.*
- c. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.*
- d. Resumen de atención o epicrisis.*
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.*
- f. Registro de anestesia. Si aplica.*
- g. Comprobante de recibido del usuario.*
- h. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.*
- i. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.*

D. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACION

- a. Factura o documento equivalente.*
- b. Evidencia del cumplimiento de las metas de cobertura, resolutividad y oportunidad definidas en el acuerdo de voluntades.*

E. EN EL CASO DE RECOBROS POR PARTE DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRITUTIVO, LOS SOPORTES DE LAS FACTURAS POR PARTE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS SERÁN:

- 1. Medicamentos no POS autorizados por Comité técnico científico:*
 - a. Factura o documento equivalente.*
 - b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.*
 - c. Comprobante de recibido del usuario, si se trata de medicamentos ambulatorios.*
 - d. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos, si se trata de medicamentos hospitalarios.*
 - e. Original de la orden y/o fórmula médica.*
 - f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.*
 - g. Autorización del Comité Técnico Científico.*
 - h. En el caso de medicamentos para pacientes hospitalizados cuando el prestador no haya recibido respuesta de la solicitud antes del egreso del paciente, debe anexar la copia de la solicitud y la prueba de envío de la misma a la entidad responsable del pago.*
- 2. Servicios ordenados por tutelas cuando se haya ordenado el cumplimiento al prestador:*
 - a. Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago*
 - b. Fotocopia del fallo de tutela*
- 3. Cobros por accidentes de trabajo:*
 - a. Soportes requeridos en función del tipo de servicio y modalidad de pago.*
 - b. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente del trabajador o por quien lo represente.”*

A La luz del anexo referido y demás normas que regulan las facturas por prestación de servicios de salud y revisadas una a una las aportadas para el cobro con la demanda como que no contienen la información allí indicada, ni se anexan los soportes establecidos como tampoco se arriman debidamente suscritas por el paciente a quien se le prestó el servicio o por la persona autorizada en su nombre, se concluye que ellas no reúnen los requisitos para que presten merito ejecutivo al tenor de lo normado por el art. 422 del C.G del P., y por ello se debe negar el mandamiento de pago.

Por lo expuesto, este despacho del Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Bogotá D.C.

RESUELVE:

NEGAR EL MANDAMIENTO DE PAGO solicitado, conforme a lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

Devuélvase la demanda, sin necesidad de desglose.

Notifíquese

El Juez,



GERMAN PEÑA BELTRAN

lgm/

