

Doctora

**ALMADORIS SALAZAR RAMÍREZ**

**JUEZ CUARTA DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA, HUILA**

Ciudad

**PROCESO** : EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA  
**EJECUTANTE** : **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**  
**EJECUTADO** : LA PREVISORA S.A. COMPANIA DE SEGUROS  
**RADICACIÓN** : **41001-41-89-004-2021-00511-00**

**MARGARITA SAAVEDRA MAC'AUSLAND**, abogada en ejercicio, identificada como aparece al pie de la correspondiente firma, obrando en nombre y representación de la firma que gira bajo la razón social de **MSMC & ABOGADOS S.A.S.** y por ende, como mandatarios de **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, con el acostumbrado respeto concurrimos ante su despacho **DENTRO DEL TERMINO DE LEY** a fin de presentar las siguientes excepciones de mérito, contra el mandamiento de pago librado por su despacho el 13 de julio del presente año y notificado personalmente a mi mandante el 21 de julio de 2021, a saber:

## **1.-CONTROL DE TÉRMINOS**

Antes de abarcar la presente Litis, es menester señalar a S.S., que la contestación hoy incoada ante su despacho judicial, se encuentra DENTRO DEL TÉRMINO perentorio otorgado por la normatividad vigente, conforme a lo dispuesto en auto vinculante fechado 13 de julio de 2021, el cual fue notificado a la ejecutada el 21 de julio del mismo año.

## **2.-A LA DESIGNACIÓN DE LAS PARTES**

### **2.1.-A LA PARTE DEMANDANTE**

Por el solo hecho de demandar, LA CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA., obrando a través de apoderado judicial, afirma la propia legitimación, o sea, éste postula que el ordenamiento jurídico debe reconocer y tutelarle como suyo el interés que quieren hacer valer. Quedará a criterio del Juzgador y con base en las pruebas recaudadas, decidir si les corresponde el interés que pretenden hacer valer.

### **2.2.-A LOS DEMANDADOS**

No es cierto que la PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS deban asumir el pago de las facturas a que hace referencia la ejecutante, por cuanto las sumas allí consignadas no fueron aceptadas por nuestra mandante.

### 3.- A LAS PRETENSIONES

**3.1.- A LA PRIMERA** : Sobre el particular distinguimos:

Teniendo en cuenta que ya se profirió mandamiento de pago por parte del despacho, resulta inane que nos pronunciemos al respecto. Sin embargo, nos oponemos a que se siga adelante la ejecución en contra de nuestra representada, por cuanto los títulos objeto de cobro no reúnen los requisitos necesarios para que se exija su pago.

**3.2.- A LA SEGUNDA** : **Nos oponemos** a que nuestra representada sea condenada en costas, por cuanto los títulos objeto de cobro no reúnen los requisitos necesarios para que se exija su pago.

### 4.- A LOS HECHOS

**4.1.- AL PRIMERO** : **Es cierto.**

**4.2.- AL SEGUNDO** : **Es cierto.**

**4.3.- AL TERCERO** : **Es cierto.**

**4.4.- AL CUARTO** : **Es cierto.**

**4.5.- AL QUINTO** : Sobre el particular distinguimos:

La Previsora S.A. emitió glosa frente a todas las facturas que se reclaman en este proceso. Ante a ello, la Clínica de Fracturas y Ortopedia emitió respuesta a cada una de ellas por fuera del término legal.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que el término para dar respuesta a las objeciones es perentorio, mi mandante las tuvo por no hechas, liquidó las reclamaciones y efectuó el pago de las sumas correspondientes.

**4.6.- AL SEXTO** : **Es cierto.**

**4.7.- AL SÉPTIMO** : **No es un hecho**, es una opinión de la apodera de la parte actora. Por tanto, nos pronunciaremos al respecto.

**4.8.- AL OCTAVO** : **Es cierto**, conforme se verifica en los documentos arrimados por la parte actora al proceso.

## 5.-FUNDAMENTOS DE DERECHO

A través del Decreto 780 de 2016 parte 6, título 1, capítulo 4, Único Reglamentario del Sector Salud, se establecieron las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, por parte de la Subcuenta ECA T del FOSYGA y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

De conformidad con lo previsto en el inciso tercero del artículo 2.6.1.4.4.3 del citado decreto, se estableció que los prestadores de servicios de salud que suministren los servicios de que trata tal reglamento, deberán informar de ello a la compañía aseguradora autorizada para operar el SOAT, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la atención.

A su turno el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, establece que como prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho. Así mismo, contempla la posibilidad de que las aseguradoras del SOAT realicen auditorías posteriores a la atención en salud brindada a las víctimas de accidentes de tránsito, lo cual no implicará injerencia, restricción o constreñimiento de la autonomía médica y el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016, establece los documentos soporte de la reclamación por servicios de salud prestados entre otros a víctimas de accidentes de tránsito.

Fue precisamente por ello y en aras a establecer medidas para ejercer mejor control sobre el gasto de recursos destinados a cubrir la atención a las víctimas de accidentes de tránsito, que el gobierno nacional a la luz del referido decreto preceptuó:

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el mecanismo para que los prestadores de servicios de salud efectúen el repórt de la atención en salud brindada a las víctimas de accidentes de tránsito, así como las condiciones para la realización de las auditorías in situ por dichas atenciones.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. El presente acto administrativo aplica a los prestadores de servicios de salud, a las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT y al FOSYGA o quien haga sus veces.

Artículo 3. Obligación de informar. Todo prestador de servicios de salud que brinde atención en salud a una víctima de accidente de tránsito por atención inicial de urgencias, atención de urgencias o atención programada, deberá informar de ello dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención.

Artículo 4. Mecanismo para el reporte. El reporte de la información de atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito se efectuará a través del sistema de información centralizado, que para tal efecto dispondrán las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT. Los prestadores de servicios de salud deberán registrarse en tal sistema, con el fin de que les sea asignado un usuario.

Dicho reporte se efectuará en la estructura establecida en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución, a través de un aplicativo web.

Parágrafo 1. El sistema de información centralizado deberá garantizar continuidad en el servicio y no generará costo alguno para los prestadores de servicios de salud.

Parágrafo 2. Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT deberán disponer a los prestadores de servicios de salud, canales de atención y soporte técnico con el fin de atender los requerimientos que puedan presentarse en la transmisión de la información.

Parágrafo 3. Una vez efectuado el reporte de que trata este artículo, los prestadores de servicios de salud recibirán de manera inmediata la respectiva constancia del cargue de la información.

Artículo 5. Alcance del reporte de la atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito. En ningún caso el reporte de que trata la presente resolución podrá entenderse como solicitud de autorización administrativa para la prestación de los servicios, ni será causal de glosa, condición o soporte para que los prestadores de servicios de salud puedan presentar las reclamaciones y se les reconozca el pago de los servicios que brinden a una víctima de accidente de tránsito.

Sin embargo, el incumplimiento de la obligación de reporte dará lugar a las investigaciones y sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos de los artículos 116 y 130 de la Ley 1438 de 2011. Para el efecto, las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT y el Fosyga o quien haga sus veces, deberán remitirle de manera mensual a la Superintendencia Nacional de Salud la relación de prestadores de servicios de salud que habiendo presentado reclamación por atenciones en salud a víctimas de accidentes de tránsito, hayan omitido el reporte de que trata el artículo 4 de la presente resolución.

Artículo 6. Disposición de información. Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT deberán disponer los datos del sistema de información centralizado de que trata el artículo 4 de la presente resolución al Ministerio de Salud y Protección Social, para que éste a su vez los habilite a la Superintendencia Nacional de Salud y al Fosyga o la entidad que haga sus veces; asimismo, las compañías aseguradoras deberán disponer la consulta de información a los prestadores de servicios de salud sobre los datos reportados.

Artículo 7. Tratamiento de la información. Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tiene acceso.

Artículo 8. Auditoría a las atenciones en salud a víctimas de accidentes de tránsito. Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT o el Fosyga o la entidad que haga sus veces, posterior al reporte de que trata el artículo 3 de la presente resolución o a la radicación de la reclamación, podrán realizar auditorías in situ de manera aleatoria o selectiva a los prestadores que realicen atenciones en salud derivadas de un accidente de tránsito, teniendo en cuenta lo siguiente:

Verificación de los siguientes aspectos:

La habilitación de la institución y de los servicios de salud brindados a la víctima.

La entrega directa o prestación de los servicios de salud a la víctima del evento, con base en los documentos señalados en el numeral 2 del artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016. El prestador de servicios de salud no podrá negarse a atender la auditoría señalada en el presente artículo.

Las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT o el Fosyga o quien haga sus veces son responsables de la práctica de las auditorías y podrán realizarlas de manera directa o a través de terceros. En este último caso, el trámite de aclaración de glosas entre la IPS y el tercero vinculará al pagador.

Las compañías aseguradoras y el FOSYGA o quién haga sus veces definirán su plan de auditoría, a partir del cual se realizarán las verificaciones de que trata el presente artículo, el cual tendrá en cuenta, entre otros criterios, los siguientes: índice de accidentalidad por zona geográfica, número y valor de las reclamaciones presentadas, tecnologías o servicios

reclamados, reportes de irregularidades e inconsistencias, información de los organismos de inspección, vigilancia y control y desviaciones significativas de siniestralidad.

Parágrafo 1. La auditoría de que trata el presente artículo no se realizará a los prestadores de servicios de salud acreditados en el marco del Capítulo 6, Título 1, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, o la norma que lo modifique o sustituya.

Parágrafo 2. El número máximo de auditorías in situ que podrán realizar las aseguradoras o el Fosyga o quien haga sus veces a un mismo prestador de servicios de salud, por una misma víctima y evento, es de tres (3) auditorías.

Parágrafo 3. En ningún caso la práctica de las auditorías in situ conllevará ampliación del término establecido legal o reglamentariamente para el reconocimiento y pago de las reclamaciones a las IPS.

Artículo 9. Alcance de las auditorías. Las auditorías que realicen las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT o el Fosyga en los términos establecidos en la presente resolución, no implicarán injerencia, restricción o constreñimiento de la autonomía profesional de conformidad con lo establecido en el artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Artículo 10. Seguimiento a la atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud realizarán periódicamente análisis del comportamiento de la atención en salud y de la presentación de reclamaciones por parte de los prestadores de servicios de salud, a fin de determinar aspectos críticos y posibles riesgos que vayan en contra de la calidad en la atención a dichas víctimas y afecten la sostenibilidad de Sistema General de Seguridad Social en Salud y la operación del SOAT.

Artículo 11. Periodo de transición. Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT contarán con un término de cinco (5) meses, contado a partir de la entrada en vigencia del presente acto administrativo, para disponer el sistema de información centralizado de que trata el artículo 4 de la presente resolución.

Una vez entre en operación dicho sistema, los prestadores de servicios de salud deberán dar cumplimiento a lo establecido en este acto.

Frente al tema relacionado con el Manual Único de Glosas, Reclamaciones y Respuestas que es el motivo del NO pago de las facturas reclamadas, debemos transcribir su normatividad así:

## ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS UNIFICACION

## Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009

### Definiciones:

**Glosa:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

**Devolución:** Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

**Autorización:** Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. 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.

**Respuesta a Glosas y Devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

**Objetivo:** El objetivo del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.

### Elementos de la codificación

La codificación está integrada por tres dígitos. El primero indica los conceptos generales. Los dos segundos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

General	Específico
6	53

**Tabla No. 1. Codificación Concepto General**

<b>Código</b>	<b>Concepto general</b>	<b>Aplicación</b>
<b>1</b>	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
<b>2</b>	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
<b>3</b>	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
<b>4</b>	Autorizaciones	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas.  Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.

- 5** Cobertura Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
- 6** Pertinencia Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
- 8** Devoluciones Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configura la causal. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

- 9 Respuesta Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar s a Glosas en todos los casos como la respuesta que el prestador de o servicios de salud da a la glosa o devolución generada por devolucio la entidad responsable del nes pago.

### Codificación del concepto específico

Los dos dígitos siguientes al dígito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con el concepto general, tales como la estancia, consulta, interconsulta, derechos de sala, materiales, medicamentos, procedimientos y ayudas diagnósticas, entre otros.

Cada concepto específico puede estar en un concepto general o en varios. Cada uno de los conceptos específicos tiene una codificación de dos dígitos.

**Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico**

<b>Código</b>	<b>concepto Especifico</b>
01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
05	Derechos de sala
06	Materiales
07	Medicamentos
08	Ayudas diagnosticas
09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnostico)
10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnostico
11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
14	Error en suma de conceptos facturados
15	Datos insuficientes del usuario
16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
17	Usuario retirado o Moroso
18	Valor letra diferente a valor números
19	Error en descuento pactado

- 20 Recibo de pago compartido
- 21 Autorización principal no existe o no corresponde al prestador deservicios de salud
  
- 22 Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
- 23 Procedimiento o actividad
- 23 Procedimiento o actividad
- 24 Falta firma del prestador de servicios de salud
- 25 Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
  
- 26 Usuario o servicio corresponde a capitación
- 27 Servicio o procedimiento incluido en otro
- 28 Orden cancelada al prestador de servicios de salud
- 29 Recargos no pactados
- 30 Autorización de servicios adicionales
- 31 Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
  
- 32 Detalle de cargos
- 33 Copia de historia clínica completa
- 34 Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
- 35 Formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
- 36 Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito soat
- 37 Orden o fórmula médica
- 38 Hoja de traslado en ambulancia
- 39 Comprobante de recibido del usuario
- 40 Registro de anestesia
- 41 Descripción quirúrgica
- 42 Lista de precios
- 43 Orden de autorización o de servicios vencida
- 44 Profesional que ordena no adscrito
- 45 Servicio no pactado
- 46 Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT o del FOSYGA
- 47 Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico,(CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
- 48 Informe atención inicial de urgencias
- 49 Factura no cumple los requisitos legales
- 50 Factura ya cancelada

- 51 Recobro en contrato de capacitación por servicios prestados por otro prestador.
- 52 Disminución en el numero de personas incluidas en la capacitación
- 53 Urgencia no pertinente
- 54 Incumplimiento de las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad pactadas en el contrato por capacitación

### RESPUESTA DE GLOSA O DEVOLUCIÓN

- 96 Glosa o devolución injustificada
- 97 No Subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)
- 98 Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
- 99 Subsanada (Glosa No aceptada)

En la Tabla No. 3 se presenta la combinación de los códigos generales con los específicos.

### Tabla No. 3. Código de Glosa

1.-

#### FACTURACIÓN

- 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 03 Honorarios médicos en procedimientos
- 04 Honorarios otros profesionales asistenciales
- 05 Derechos de sala
- 06 Materiales
- 07 Medicamentos
- 08 Ayudas diagnósticas

- 09 Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
- 10 Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
- 11 Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
- 12 Factura excede topes autorizados
- 13 Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
- 14 Error en suma de conceptos facturados
- 15 Datos insuficientes del usuario
- 16 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
- 17 Usuario retirado o moroso
- 19 Error en descuento pactado
- 20 Recibo de pago compartido
- 22 Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
- 23 Procedimiento o actividad
- 24 Falta firma del prestador de servicios de salud
- 25 Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección específica
- 26 Usuario o servicio corresponde a capitación

- 27 Servicio o procedimiento incluido en otro
- 28 Orden cancelada al prestador de servicios de salud
- 51 Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
- 52 Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
- 54 Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad pactadas en el contrato por capitación

## 2.- Tarifas

- 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 03 Honorarios médicos en procedimientos
- 04 Honorarios otros profesionales asistenciales
- 05 Derechos de sala
- 06 Materiales
- 07 Medicamentos
- 08 Ayudas diagnósticas
- 09 Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones,mpaquete o grupo relacionado por diagnostico
- 23 Procedimiento o actividad

---

- 29 Recargos no pactados

## 3. Soportes

- 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 03 Honorarios médicos en procedimientos
- 04 Honorarios otros profesionales asistenciales
- 07 Medicamentos
- 08 Ayudas diagnósticas
- 09 Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
- 20 Recibo de pago compartido
- 30 Autorización de servicios adicional
- 31 Bonos o vauchers no firmados por el paciente , con enmendaduras o tachones
- 32 Detalle de cargos

- 33 Copia de historia clínica completa
- 35 Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
- 36 Copia de factura o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
- 37 Orden o fórmula médica
- 38 Hoja de traslado en ambulancia
- 39 Comprobante de recibido del usuario
- 40 Registro de anestesia
- 41 Descripción quirúrgica
- 42 Lista de precios

#### **4. AUTORIZACIONES**

- 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 06 Materiales
- 08 Ayudas diagnósticas
- 23 Procedimiento o actividad
- 30 Autorización de servicios adicionales
- 38 Traslado en ambulancia
- 43 Orden o autorización de servicios vencida
- 44 Médico que ordena no adscrito

#### **5. - COBERTURAS**

- 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 06 Materiales
- 07 Medicamentos
- 08 Ayudas diagnósticas
- 23 Procedimiento o actividad
- 27 Servicio o procedimiento incluido en otro
- 45 Servicio no pactado
- 46 Cobertura sin agotar en la póliza Seguro obligatorio de accidentes de tránsito(SOAT)

#### **6.- PERTINENCIA**

- 01 Estancia
- 02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
- 03 Honorarios médicos en procedimiento
- 04 Honorarios otros profesionales asistenciales
- 05 Derechos de sala
- 06 Materiales
- 07 Medicamentos

- 08 Ayudas diagnósticas
- 23 Procedimiento o actividad
- 53 Urgencia no pertinente

### **8.- DEVOLUCIONES**

- 16 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
- 17 Usuario retirado o moroso
- 21 Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
- 34 Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
- 44 Medico que ordena no adscrito
- 47 Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas )
- 48 Informe de atención inicial de urgencias
- 49 Factura no cumple requisitos legales
- 50 Factura ya cancelada

### **9.- RESPUESTAS A GLOSAS O DEVOLUCIONES**

- 96 Glosa o devolución injustificada
- 97 No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)2
- 98 Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
- 99 Subsanada (Glosa o devolución no aceptada)

## **MANUAL DE USO**

El Manual de Uso está dirigido especialmente al personal encargado en la entidad responsable del pago y del prestador de servicios de salud de las glosas, devoluciones y respuestas a las mismas.

### **1. Facturación**

Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros). También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se descuenta por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 101 | Estancia  | <p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas.</li><li>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.</li></ol>  |
| 102 | Consultas,<br>Interconsultas y<br>visitas médicas | <p>Aplica cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li><li>2.En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.</li><li>3.Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas en los honorarios médicos postquirúrgicos.</li><li>4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes.</li><li>5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li></ol> |
| 103 | Honorarios<br>Médicos en<br>Procedimiento         | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinámica, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li><li>2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.</li><li>3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.</li></ol>   |

- |     |  |  |
|-----|--|--|
| 104 | Honorarios<br>d<br>eOtros<br>Profesionales | Aplica cuando:<br>1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas.<br>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.         |
| 105 | Derechos de sala                           | Aplica cuando:<br>1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.<br>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.  |
| 106 | Materiales                                 | Aplica cuando:<br>1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.<br>2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral.<br>3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir. |
| 107 | Medicamentos                               | Aplica cuando:<br>1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.<br>2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.  |
| 108 | Ayudas<br>Diagnosticas                     | Aplica cuando:<br>1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.<br>2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.  |

- |     |  |  |
|-----|--|--|
| 109 | Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico) | Aplica cuando:<br>El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico   |
| 110 | Servicio o insumo incluido en paquete  | Aplica cuando:<br>El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención integral de acuerdo a lo pactado.   |
| 111 | Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala  | Aplica cuando:<br>1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado.<br>2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos.<br>El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con lo pactado. |
| 112 | Factura excede topes autorizados   | Aplica cuando:<br>La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.   |
| 113 | Facturar por separado por tipo recobro (CTC, ATEP, tutelas)  | Aplica cuando el prestador en una misma factura, registra servicios que previamente se ha pactado que se efectuaran en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, Comité técnico científico o tutelas.   |
| 114 | Error en suma de conceptos facturados  | Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura.   |
| 115 |  | Aplica cuando el prestador del servicio no relaciona en la   |

- Datos insuficientes del usuario factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente la factura y se ha acordado contractualmente.
- 116 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable Aplica cuando la factura incluye varios pacientes y es de trámite parcial 1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios.  
NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.
- 117 Usuario retirado o moroso Aplica cuando en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago.  
Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.  
  
No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.
- 119 Error en descuento pactado Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.
- 120 Recibo de pago compartido Aplica cuando  
1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados.  
2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.

- |     |  |   |
|-----|--|---|
| 122 | Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes    | Aplica cuando El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.   |
| 123 | Procedimiento o actividad  | Aplica cuando:<br>1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturada De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra. |
| 124 | Falta firma del prestador de servicios de salud                            | Aplica cuando<br>1. La factura no tiene la firma del prestador.   |
| 125 | Examen o actividad pertenezca a detección temprana o protección específica | Aplica cuando:<br>Se factura una actividad de detección temprana y/o protección específica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección específica.  |
| 126 | Usuario o servicio corresponde a capitación                                | Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.  |
| 127 | Servicio o procedimiento incluido en otro                                  | Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura  |
| 128 | Orden cancelada al prestador de servicios de salud                         | Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente  |

- |     |   |   |
|-----|---|---|
| 151 | Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador  | Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador. |
| 152 | Disminución en el número de personas incluidas en la capitación               | Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.   |
| 154 | Incumplimiento en las metas pactadas en cobertura, resolutivez y oportunidad. | Aplica cuando el prestador incumple o no demuestra el cumplimiento en las metas pactadas en cobertura, oportunidad y resolutivez pactadas en el contrato por capitación. El valor de la glosa, será la proporción que se haya acordado, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.    |

## 6.- EXCEPCIÓN DE FONDO O PERENTORIA

### 6.1.- FALTA DE REQUISITOS NECESARIOS PARA EL EJERCICIO DE LA ACCIÓN

En el Sistema General de Seguridad Social en salud, las entidades responsable de Pago, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de Salud habilitados, tal como lo prevé el artículo 7 del Decreto Ley 1281 de 2002, el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, concordante con el Decreto 4747 de 2007 y las Resoluciones 3047 de 2008, 416 y 3253 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las reglamenten, concordante con el Título VI, Capítulo I de la Ley 1438 de 2011. Es decir, el procedimiento de pago por los' servidos de atención en salud se encuentra debidamente reglado.

La Ley 1122 de 2007 estableció el mecanismo que deben seguir las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios para realizar el pago a los Prestadores de Servicios de Salud por la atención y los medicamentos suministrados a sus afiliados. En este sentido dispuso lo siguiente:

"ARTÍCULO 13- FLUJO Y PROTECCIÓN DE LOS RECURSOS. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:  
(--)

d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura,"

Por su parte el Decreto 4747 de 2007, estableció, en cuanto a la presentación de las facturas por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, que:

#### "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 con el 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.

#### ARTÍCULO 22. MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y

RESPUESTAS. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Única de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

"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.

Fue con fundamento en lo atrás referido, que nuestro mandante, PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, conforme se verificará en el material probatorio que se arrimará al expediente, glosó las facturas que hoy son objeto de cobro en este proceso, ante lo cual la entidad prestadora del servicio de salud no emitió pronunciamiento dentro del término legal. Así las cosas, le ruego a la Señora Juez se sirva declarar probada la presente excepción.

## **7.- PRUEBAS**

### **7.1.- DOCUMENTALES QUE SE APORTAN CON LA PRESENTE CONTESTACIÓN**

7.1.1.- Archivo contentivo de la Depuración de cartera expedida por PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, respecto de las facturas enlistadas en el mandamiento de pago, en la cual se puede apreciar las

7.1.2.- Soportes de las objeciones a las facturas, de acuerdo con el cuadro anexo a la presente contestación.

Los documentos descritos en precedencia podrán encontrarse en el siguiente link:

<https://www.dropbox.com/s/tswdq0yjc69inxj/RESPUESTA%20SOAT.xlsx?dl=0>

### **7.2.- INTERROGATORIO DE PARTE**

Solicito a S.S. se sirva señalar fecha y hora para efectuar Interrogatorio de parte al Representante legal de la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDÍA, la Dra. Mireya Sánchez Toscana o quien haga sus veces, a fin de que absuelva cuestionario que formulare verbalmente en su despacho.

## **8.- ANEXOS**

Los documentales enunciados como pruebas

## 9.- NOTIFICACIONES

### 9.1.- PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Carrera 5 No 11-03 de la Ciudad de Ibagué.

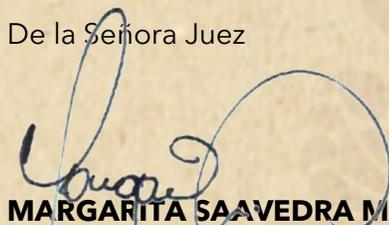
Correo electrónico: [notificacionesjudiciales@previsora.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@previsora.gov.co)

### 9.2.-LA SUSCRITA FIRMA DE ABOGADOS

Calle 6 No 5- 13 Barrio La Pola de la Ciudad de Ibagué.

Correo electrónico: [juridica@msmbogados.com](mailto:juridica@msmbogados.com)

De la Señora Juez



**MARGARITA SAAVEDRA MAC'AUSLAND**  
**MSMC & ABOGADOS S.A.S**

C.C. 38.251.970 de Ibagué

T.P 88.624 del C.S de la J

COLEGIO MAYOR  
DE NUESTRA SEÑORA  
DEL ROSARIO