

**DRA. ALBA LUCY COCK ALVAREZ.**  
**JUEZ VEINTIUNO (21) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**  
ED. HERNANDO MORALES MOLINA  
CARRERA 10 NO 14 -33 PISO 15.

JUZ 21 CIV CTO BOG

E. S. D.

AUG 5 '19 AM 11:40

**Proceso:** Ejecutivo de Mayor cuantía de FUNDACIÓN  
CARDIOINFANTIL - INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA en  
contra COOMEVA EPS SA.

**Radicación:** 110013103-021-2018-00551-00

**Asunto:** Recurso de reposición en contra del mandamiento de pago de  
fecha 29 de abril de 2019 y en contra de las medidas cautelares  
decretadas el 29 de abril de 2019.

Nancy Paola Salamanca Valencia, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.026.252.588 de Bogotá, abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 253.628 del C. S de la J., obrando en calidad de apoderada especial de Cooameva Entidad Promotora de Salud S.A., de acuerdo con el poder otorgado por el Dr. Juan Guillermo de la Hoz, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la Cédula de Ciudadanía No 3.182.836, en mi condición de Gerente General de la Regional Centro Oriente de Cooameva Entidad Promotora De Salud S.A., de conformidad con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, por medio del presente escrito **INTERPONGO RECURSO DE REPOSICIÓN** en contra del auto del 29 de abril de 2019, que libró mandamiento de pago y que decreto las medidas cautelares, por los hechos y consideraciones que se exponen a continuación.

#### I. ASPECTOS PRELIMINARES

Para el adecuado entendimiento del presente recurso debe aclararse que adicional a los requisitos de todo título ejecutivo y del título valor factura, por tratarse de facturas de servicios de salud, existen unos requisitos adicionales, más aún si consideramos que se está ante un título ejecutivo complejo.

En efecto, la primera norma que ha de comentarse es el Decreto 4747 de 2007, máxime cuando hay contrato que sirve de base de a las aludidas facturas es la prestación del servicio de salud.

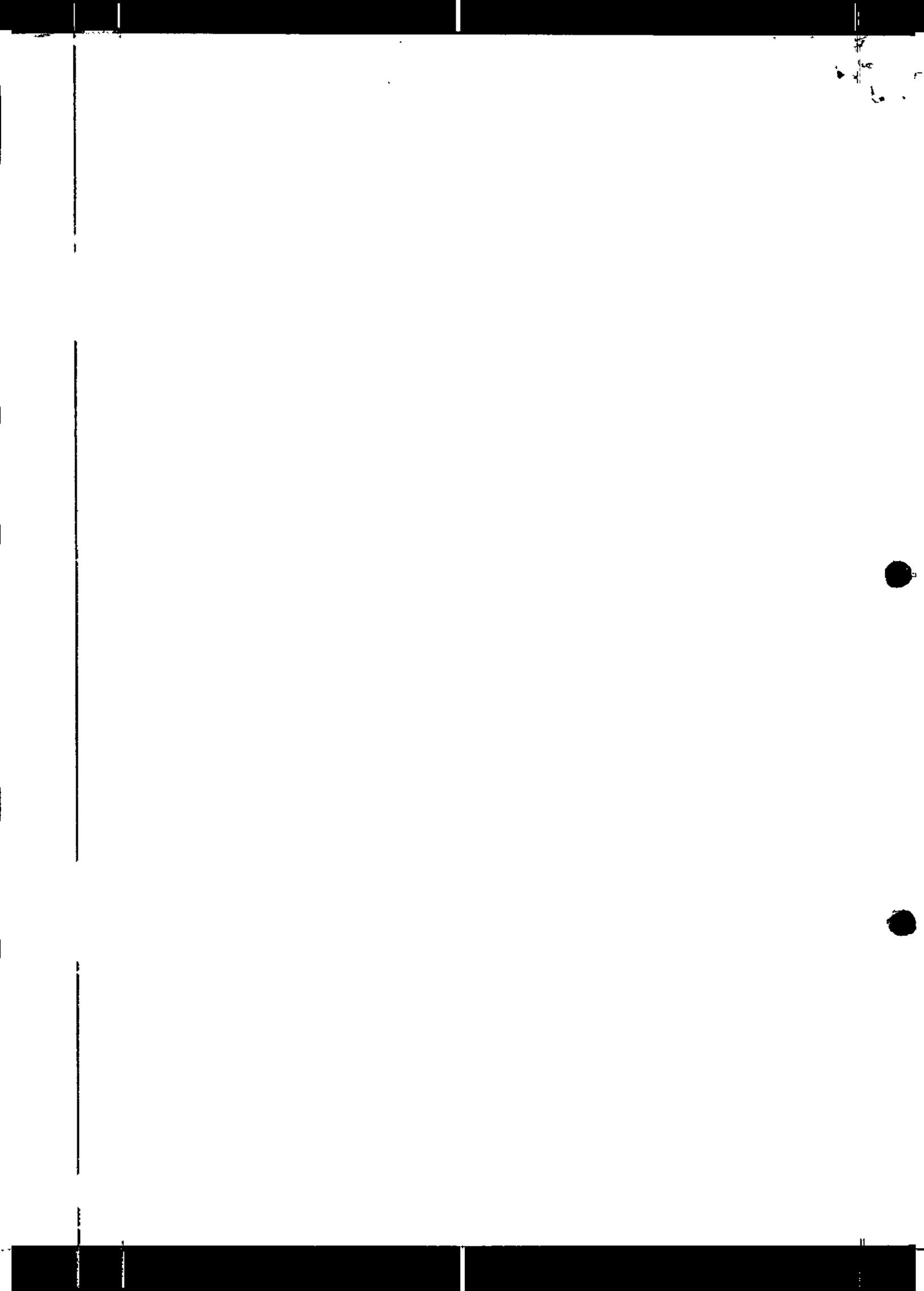
En dicho Decreto se establece en sus artículos 5,6 y 8, lo siguiente:

**ARTÍCULO 5º. REQUISITOS MÍNIMOS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA LA NEGOCIACIÓN Y SUSCRIPCIÓN DE LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.** Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

Sede Nacional: Cra.100 # 11-60, Holguines Trade Center Local 250 • Tel: (2) 318 2400  
Línea Nacional Gratuita 01 8000 930 779  
Call • Colombia • Suramérica

[www.eps.cooameva.com.co](http://www.eps.cooameva.com.co)

Deposital



a). *Por parte de los prestadores de servicios de salud:*

1. *Habilitación de los servicios por prestar.*
2. *Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.*
3. *Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.*
4. *Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.*

b). *Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:*

1. *Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.*
2. *Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.*
3. *Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.*
4. *Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.*
5. *Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.*
6. *Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.*

*PARÁGRAFO 1°. En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.*

*Parágrafo 2°. Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.*

*En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.*

10  
11  
12



*PARÁGRAFO 3°. De los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.*

**ARTÍCULO 6°. CONDICIONES MÍNIMAS QUE DEBEN SER INCLUIDAS EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

*Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:*

1. *Término de duración.*
2. *Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.*
3. *Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.*
4. *Servicios contratados.*
5. *Mecanismos y forma de pago.*
6. *Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.*
7. *Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.*
8. *Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.*
9. *Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.*
10. *Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.*
11. *Mecanismos para la solución de conflictos.*
12. *Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.*

*PARÁGRAFO 1°. Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del párrafo 1° del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.*

*PARÁGRAFO 2°. Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.*

*PARÁGRAFO 3°. La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Pamec, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya. (...)*

**ARTÍCULO 8°. CONDICIONES MÍNIMAS QUE SE DEBEN INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE**

1975  
H. 2

**EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO, CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO.**

Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con los prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo bajo el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 6° del presente decreto, los siguientes aspectos:

1. Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.
2. Tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico. La identificación y denominación de los procedimientos en salud deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo 19 del presente decreto."

Dicho Decreto 4747 de 2007 indica acerca del trámite que han de surtir las facturas para su pago, a saber:

**"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 27. LIQUIDACIÓN O TERMINACIÓN DE ACUERDO DE VOLUNTADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.** Todos los acuerdos de voluntades que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento".

Finalmente, el Decreto 4747 de 2007 estableció los anexos, soportes o, en general, **requisitos indispensables para el trámite y pago de una factura de servicios de salud, mediante la Resolución No 3047 de 2008 - Anexo Técnico No 5**, resolución a su turno modificada por la Resolución 416 de 2009, emanada del Ministerio de Salud, en el que se indicó lo siguiente (se citan los apartes pertinentes, no toda la norma):

**"ANEXO TÉCNICO No. 5 SOPORTES DE LAS FACTURAS A. DENOMINACIÓN Y DEFINICIÓN DE SOPORTES:**

(...)

2. Detalle de cargos: Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno del ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura

12  
13  
14



no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.

3. *Autorización:* Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud

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.

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.

## **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:**

Vertical line of text or markings on the left side of the page.



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

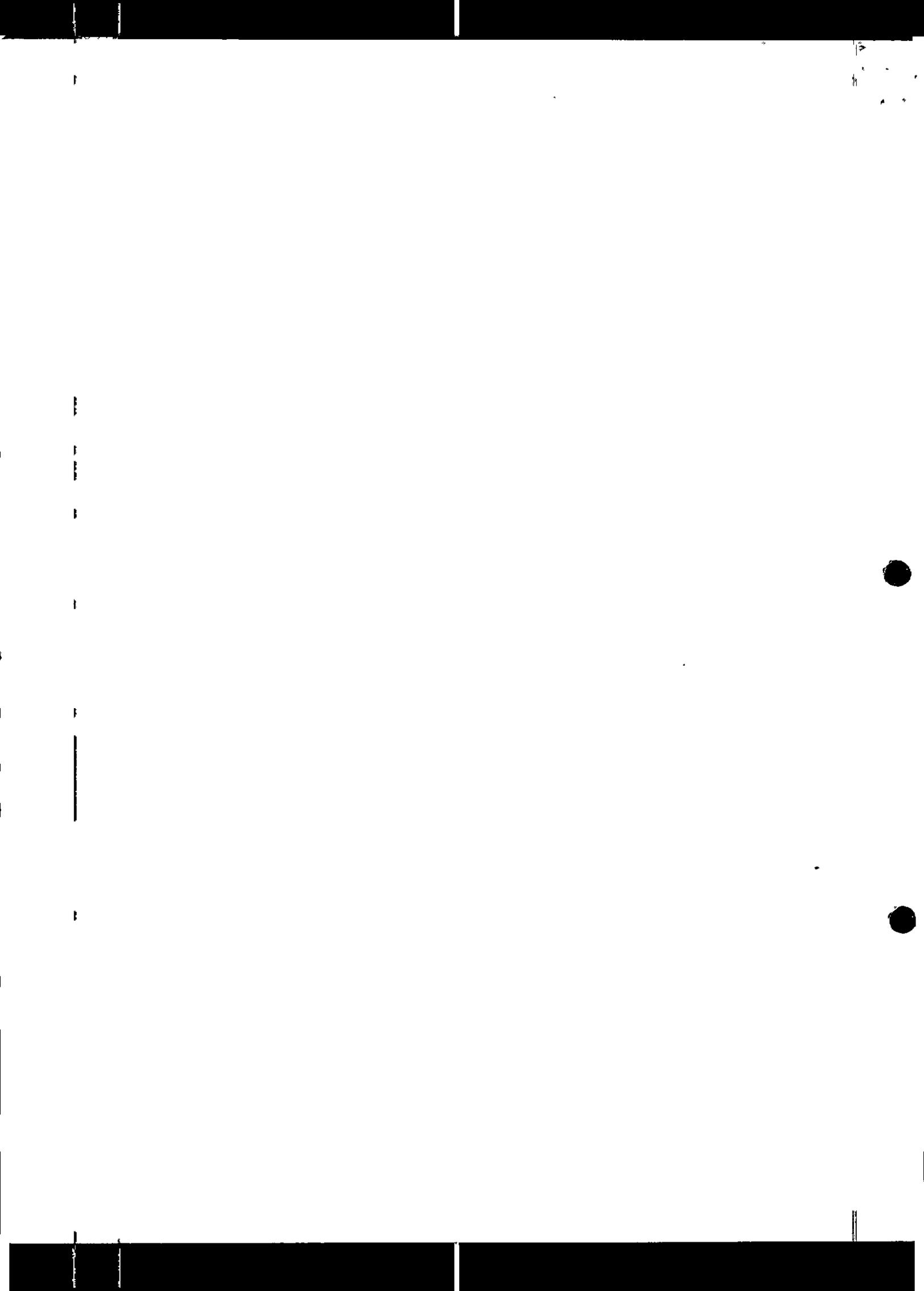
- a) *Factura o documento equivalente.*
- b) *Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle*
- c) *Informe de atención inicial de urgencias.*
- d) *Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.*
- e) *Copia de la hoja de administración de 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.*
- f) *Comprobante de recibido del usuario.*
- g) *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.*
- d) *Copia de la hoja de administración de medicamentos.*
- e) *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.*
- f) *Comprobante de recibido del usuario.*
- g) *Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.*
- h) *Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.*
- i) *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.*
- j) *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:

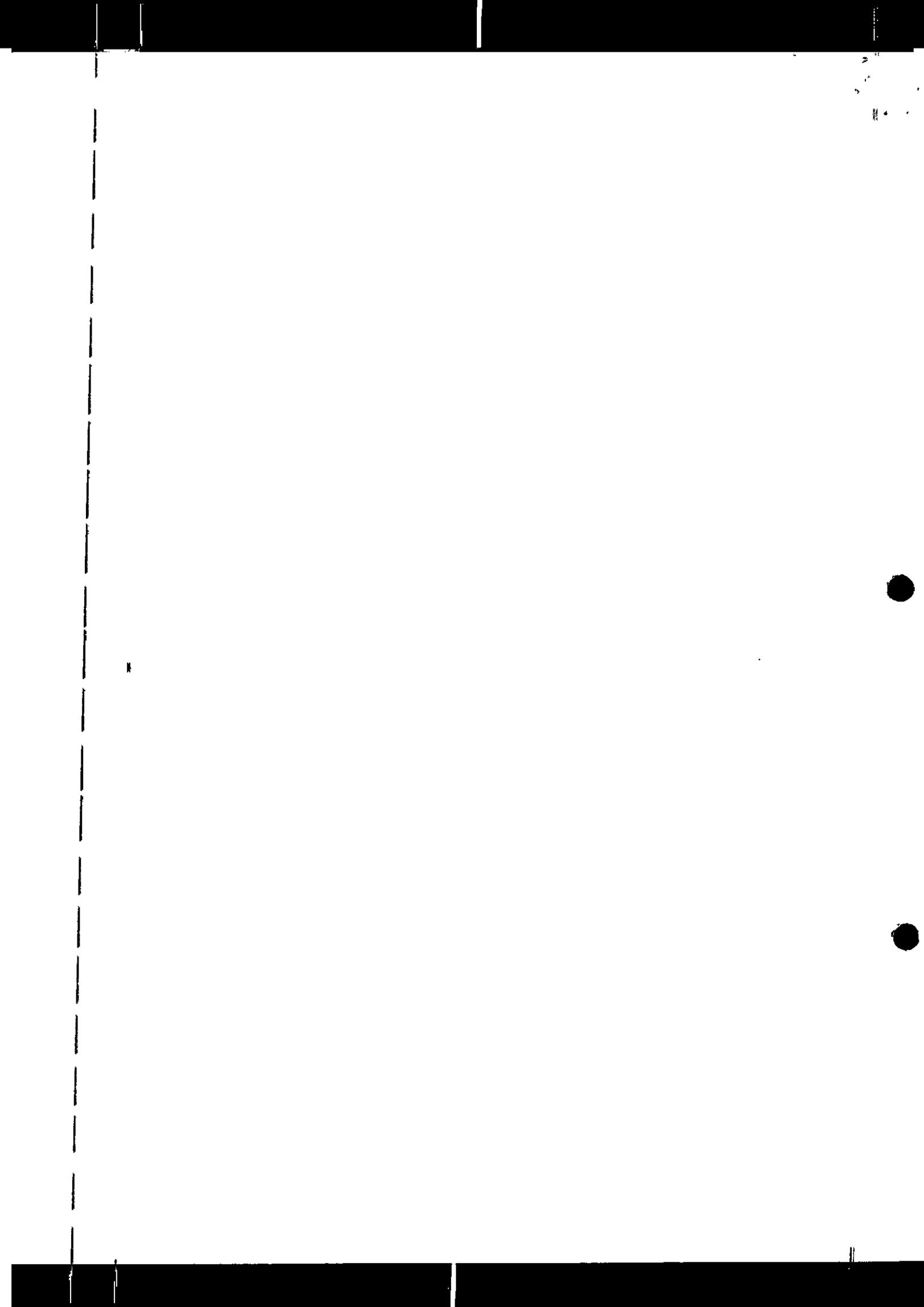
- a) Factura o documento equivalente.
- b) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c) Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
- d) Autorización. Si aplica
- e) Hoja de traslado.
- f) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad 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.

(...)"

## II. CARENCIA DE UN TÍTULO CLARO, EXPRESO Y EXIGIBLE POR NO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES DEL SECTOR SALUD.

Es fácil concluir de los antecedentes señalados en aparte anterior que de conformidad con el Decreto 4747 de 2007, en asocio con la resolución emanada del Ministerio de Salud No 3047 de 2008, se han de cumplir con los requisitos establecidos allí para que una factura sea atendida con el pago.

El primero y esencial requisito para la reclamación exitosa de una presunta obligación insoluta, es la existencia de un contrato por escrito (solemne) el cual además debe contener unos imponderables, es decir, que, sin excepción, debe hacerse mención de los aspectos contenidos en el Art. 5 y siguientes del Decreto 4747 de 2007.

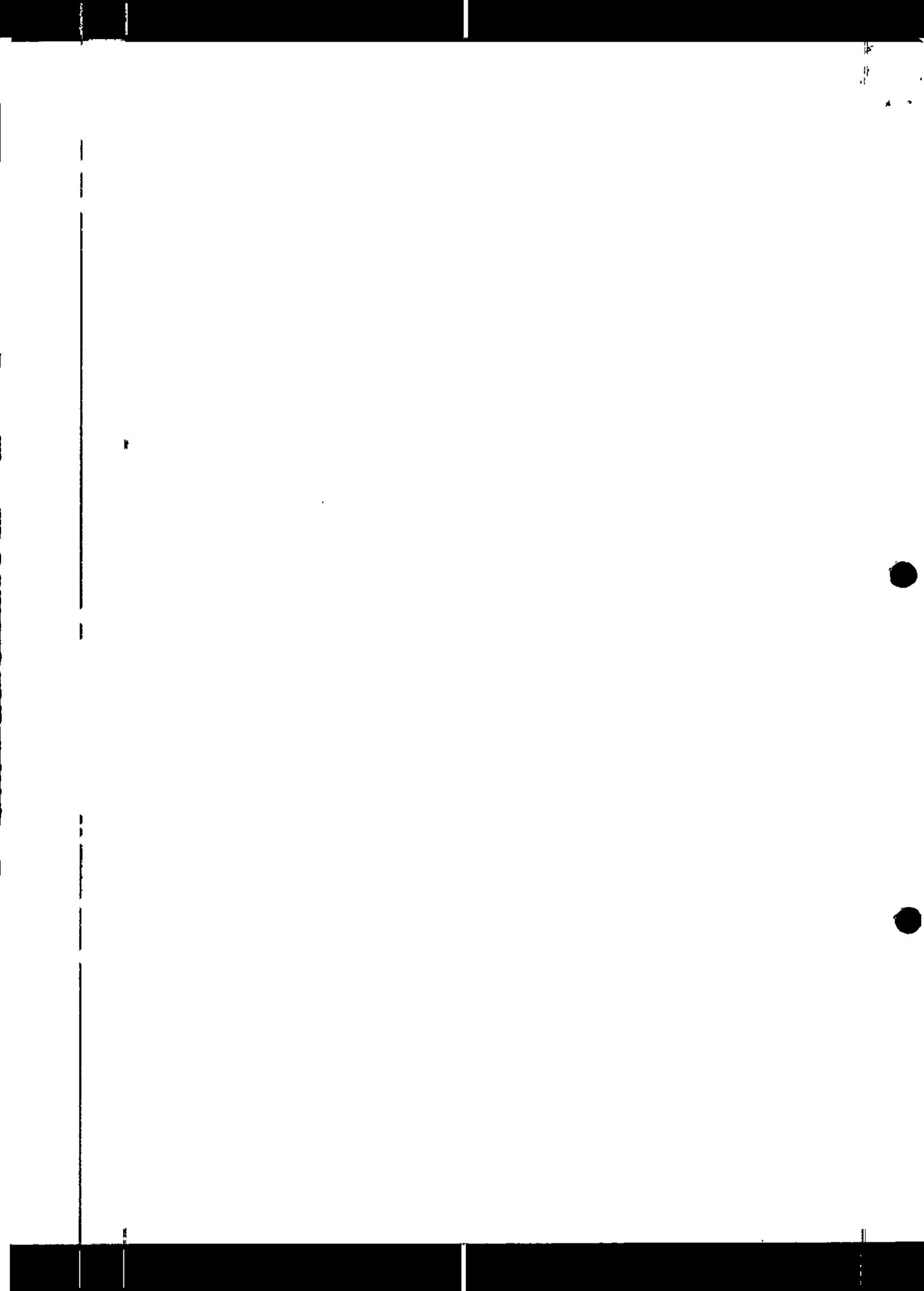
Ya al momento del cobro, se deben además allegar, junto con la factura, los requisitos definidos en el anexo 5 de la resolución No 3047 de 2008, modificada en algunos de sus apartes por la Resolución 416 de 2009, aplicando en todo caso, el contenido del anexo No 6 de la misma resolución (sobre glosas y devoluciones).

Por tanto, resulta apenas evidente el que nos encontramos -para que proceda el cobro ejecutivo- ante la necesidad de aportar un título ejecutivo complejo, dado que la factura no es autónoma en la medida en que ésta solo tiene sentido y alcance, en la medida en que está precedida de un contrato de prestación de servicios de salud bajo alguna de las modalidades que trae la norma, lo cual le impone al propio contrato y consecuentemente a la factura, unos requisitos ausentes en el presente caso, para el pago de tales valores reclamados.

En efecto, como consecuencia del desarrollo del contrato solemne, es menester aportar junto con la factura, para que la EPS (designada en el Decreto 4747 de 2007 como: "Entidad Responsable del Pago o ERP") proceda con el pago, con los requisitos preanotados, tales como: las autorizaciones originales emanadas de la ERP, detalles de cargos, epicrisis, descripción quirúrgica, constancia del copago o cuota moderadora, comprobantes de recibo del usuario y de los FURIPS, ni qué decir de los aspectos relativos al cruce de cuentas por conceptos de cuotas moderadoras y copagos, entre otros, según las exigencias indicadas apartes atrás, del anexo No 5 de la Resolución 3047 de 2008.

En consonancia con lo atrás descrito, de los conceptos aludidos como exigencia legal, merece especial relevancia el incumplimiento de la demandante de la Resolución No 3047 de 2007 del requisito referente a la firma del paciente que el formato empleado por la propia institución demandante así lo exige.

Así mismo, debe tenerse presente aquellas facturas que tengan sello de "glosa", de tal manera que, entendiendo por glosa una oposición al pago que se registra de forma evidente y literal en el título base de la ejecución, el mismo es materia de discusión y por lo mismo no goza



tal reclamación judicial de la claridad que se requiere en un proceso ejecutivo, razón por la cual la prestación demandada debe ser materia de un proceso declarativo.

Al tiempo que ello ocurre, son las facturas que tengan sello de "recobro". A este respecto es adecuado manifestar que, además de las falencias ya señaladas en materia de ausencia del cumplimiento de requisitos, el hecho de que se haya señalado como factura objeto de recobro al FOSYGA u otra fuente de recursos, significa que hasta tanto no se genere el pago por el FOSYGA o del hoy ADRES, no es procedente el pago en favor de la IPS, y aun cuando ello fuere de alguna manera discutible, a pesar de la claridad de la Resolución 1446 de 2015 emanada del Ministerio de Salud, particularmente cuando se refiere a pagos anticipados a las IPS (art. 8 y subsiguientes) lo cierto es que tal sello genera todo tipo de incertidumbres sobre la ejecutabilidad de las facturas como título expreso y claro en salud, lo que a la postre significa la imposibilidad de adelantar de forma exitosa un proceso ejecutivo.

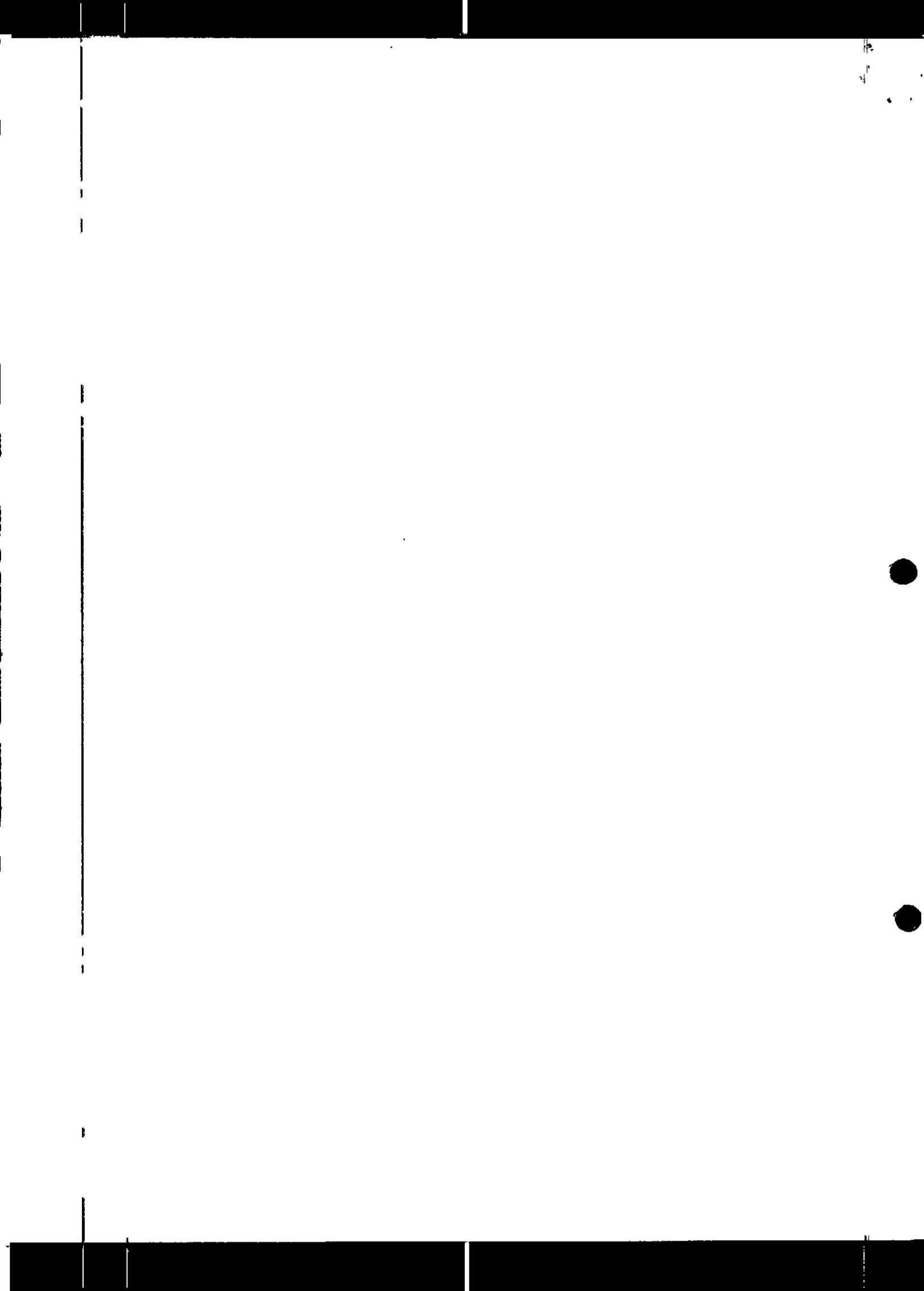
El derecho cuyo cumplimiento se reclama debe aparecer evidente, inequívoco y determinado, por lo que para títulos de esa naturaleza compuesta la doctrina exige soportes, actas de entrega y demás documentos que concurren a probar la prestación efectiva que se cobra, en efecto, entre otros, el Consejo de Estado ha dicho:

*"[el título] es complejo, cuando quiera que esté integrado por un conjunto de documentos, como, por ejemplo -entre otros- por un contrato, más las constancias de cumplimiento o recibo de las obras, servicios o bienes contratados" (...) Cuando la obligación que se cobra proviene de un contrato estatal, el título ejecutivo, por regla general es complejo en la medida que está conformado no sólo por el contrato, en el cual consta el compromiso de pago, sino por otros documentos, normalmente actas [...] en las cuales conste el cumplimiento de la obligación a cargo del contratista, y de las que se pueda deducir la exigibilidad de la obligación de pago para la entidad contratante"*

Consejo de Estado, Sección Tercera, 5 de julio de 2006, Consejera Ponente: Dra. Ruth Stella Correa, Expediente: 68001-23-15-000-1998-01597-01 (24812).

Lo anterior no es un capricho de la ley: se trata de normas de orden público económico y social; se imponen cuando están de por medio recursos parafiscales, que exigen verificación y control minucioso. Tras cada obligación, tras cada factura existe un compromiso de importantes derechos fundamentales. Además, es obvio que si se persigue el pago de una prestación debe demostrarse como mínimo que ésta se llevó a cabo, de allí la necesidad de la certeza y claridad exigida para el título valor.

Por mandato legal, la EPS no contrata ni recibe un servicio de salud directamente para ella, sino para un afiliado y por lo mismo solo está obligada a reconocer ese servicio si el usuario lo recibe efectivamente y así lo indica con su firma; de lo contrario no hay certeza de que la prestación existió y por tanto que sea exigible o clara su retribución. La obligación de pago a cargo de la EPS contratante nace desde el momento en que el contratista presta efectivamente el servicio o entrega el bien a quien corresponde, y de él queda prueba dentro del título.



Si esa evidencia no brota del instrumento que se ejecuta, el demandante queda debiendo la exigibilidad y la claridad que le pide la norma.

Esa aparente delegación que hace la norma en cabeza del usuario surge del hecho de que las entidades pagadoras -con miles o millones de usuarios afiliados- no tienen otra manera de constatar si las cuentas de cobro o facturas obedecen a la realidad o a la imaginación del prestador. *¿Puede una EPS con casi tres millones de afiliados saber si al paciente X se le suministró un enema o una pasta de diclofenaco el día tal a tales horas?*

Sin ese elemento de certeza no puede surgir una obligación clara y exigible, y sin lo anterior no se configura un título ejecutivo. La falta de la prueba del recibo de la prestación que se cobra, permitiría un despilfarro de recursos parafiscales como en su época ocurrió con el SOAT. El prestador tendría vía libre para fabricar facturas cuya prestación incorporada no puede comprobar ni controvertir el ejecutado.

Por ello la EPS recibe las facturas y no los acepta de inmediato puesto que ella no es la verdadera receptora del servicio que se cobra, *en estricto sentido no es un título que provenga del deudor*, y debe entrar en un proceso de verificación, de aprobación, aceptación o glosa. De otro lado hay intereses de orden público económico y social que velan por la debida destinación de recursos parafiscales, pero sobre todo por el valor superior de la protección de la salud y la vida.

### III. PROVIDENCIAS DE TRIBUALES QUE DESESTIMAN COBROS EJECUTIVOS SIN LOS DEBIDOS SOPORTES:

Es claro que el cumplimiento de los requisitos de este tipo especial de facturas como título valor, debe ser estudiado a la luz de las disposiciones antes descritas, en los términos de la jurisprudencia elaborada por el Tribunal Superior de Bogotá:

*"[...] La sala encuentra que le asiste razón al juzgado al revocar el auto que dispuso librar mandamiento de pago, pues revisadas cada una de las facturas aportadas en el expediente, se tiene que estas carecen de la firma o huella digital del paciente o responsable, por lo que se incumplió con la carga del comprobante de recibido del usuario, el cual debe dar fe de la prestación efectiva del servicio [...] En este sentido, no basta afirmar que se cumplió con todos los requisitos de ley, sino que se debe acreditar el cumplimiento de las disposiciones antes señaladas, máxime cuando como bien lo consideró el juzgado de primera instancia, existen manifestaciones encontradas entre las partes, pues la demandada resaltó la inexistencia del título ejecutivo. Así las cosas, la sala considera que como en el presente asunto lo discutido es si los documentos aportados por la ejecutante constituyen una obligación clara, expresa y actualmente exigible, se debían de cumplir con todos los requisitos establecidos en las normas antes señaladas, para considerar que efectivamente existió la prestación del servicio, y que su cobro resultaba procedente por esta vía."*

*Por lo anterior, la sala confirmará la decisión de revocar el auto que libró mandamiento de pago, adoptada por el juzgado [...] Por lo anterior, debe revocarse la orden de pago y proceder al levantamiento de las medidas cautelares decretadas [...]"*

Vertical line of text on the left side of the page.



Vertical line of text at the bottom right corner.

En el mismo sentido se pronunció mediante auto el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Cali:

*"[...] Las facturas que presentó la Fundación Valle de Lili como título ejecutivo carece de los soportes que deben acompañar de conformidad con lo establecido en la citada resolución del Ministerio de la Protección social y dado que algunos son opcionales según el caso, ni siquiera fueron aportados como mínimo con el informe de atención inicial de urgencias, la copia de la hoja de administración de medicamentos y el comprobante de recibo por parte del usuario [...] Como se puede observar en el presente caso, no se dan a cabalidad los requisitos para que exista título ejecutivo, y por lo tanto la providencia apelada está llamada a revocarse. En su lugar se niega el mandamiento de pago solicitado por la fundación Valle de Lili y se ordena el levantamiento de las medidas cautelares ordenadas en caso de que se hayan materializado".*

**En contra de las medidas cautelares decretadas el 29 de abril de 2019:**

**IV. LAS COTIZACIONES QUE RECAUDAN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD PERTENECEN AL SGSSS.**

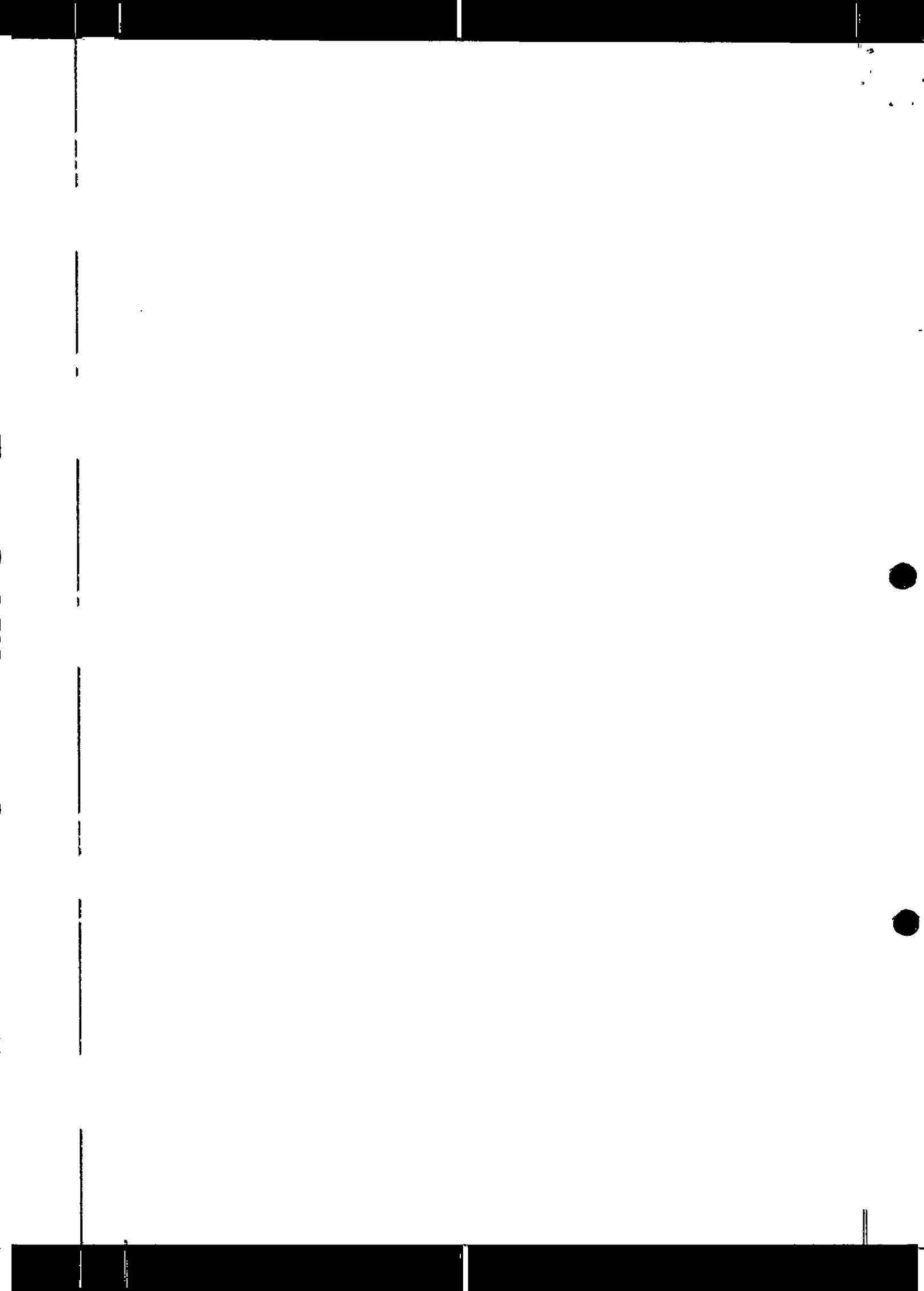
Fundamento también mi recurso para que este Despachó ajuste su decisión a normas legales que estaría contrariando, dada la prohibición jurídica de embargar bienes parafiscales que no pertenecen al demandado.

En efecto, la Seguridad Social y la Salud son servicios públicos de carácter obligatorio que se prestan bajo la dirección, coordinación y control del Estado (Art. 48 y 49 C.N.); es así, que con fundamento en dichos postulados se erige el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuya finalidad es garantizar los servicios irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, con acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

En consonancia con los mencionados objetivos, los dineros del Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen la condición de recursos parafiscales, la cual está determinada, en una parte, por las fuentes que lo financian, y, en otra por la destinación específica que tienen dichos dineros, cual es la de cubrir los costos del aseguramiento en salud de los afiliados de las entidades del Sistema. Es así, que una muy buena parte de los dineros que reciben y tienen en sus cuentas bancarias las Entidades Promotoras de Salud, le pertenecen al Sistema de Seguridad Social en Salud y están comprometidos en la garantía del derecho de la salud de sus afiliados.

De conformidad con los artículos 177 y 182 de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud son responsables del recaudo de las cotizaciones de los afiliados por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y en tal sentido, dichos dineros pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

*"Artículo 177. Definición. Las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud*



*obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley."*

*"Artículo. 182. De los ingresos de las entidades promotoras de salud. Las cotizaciones que recauden las entidades promotoras de salud pertenecen al sistema general de seguridad social en salud"*

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capitación, UPC. Esta unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

#### V. INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DEL SGSSS:

Los dineros del Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen la condición de recursos parafiscales, como se sigue de los artículos 48 de la Constitución Política y 182 de la Ley 100 de 1993; los cuales no se confunden con los recursos propios de la EPS y están en sus cuentas solamente de manera transitoria mientras se destinan a atender los gastos relacionados con la prestación del servicio público de salud, por eso nunca pierden su carácter de contribución parafiscal y por lo tanto son inembargables.

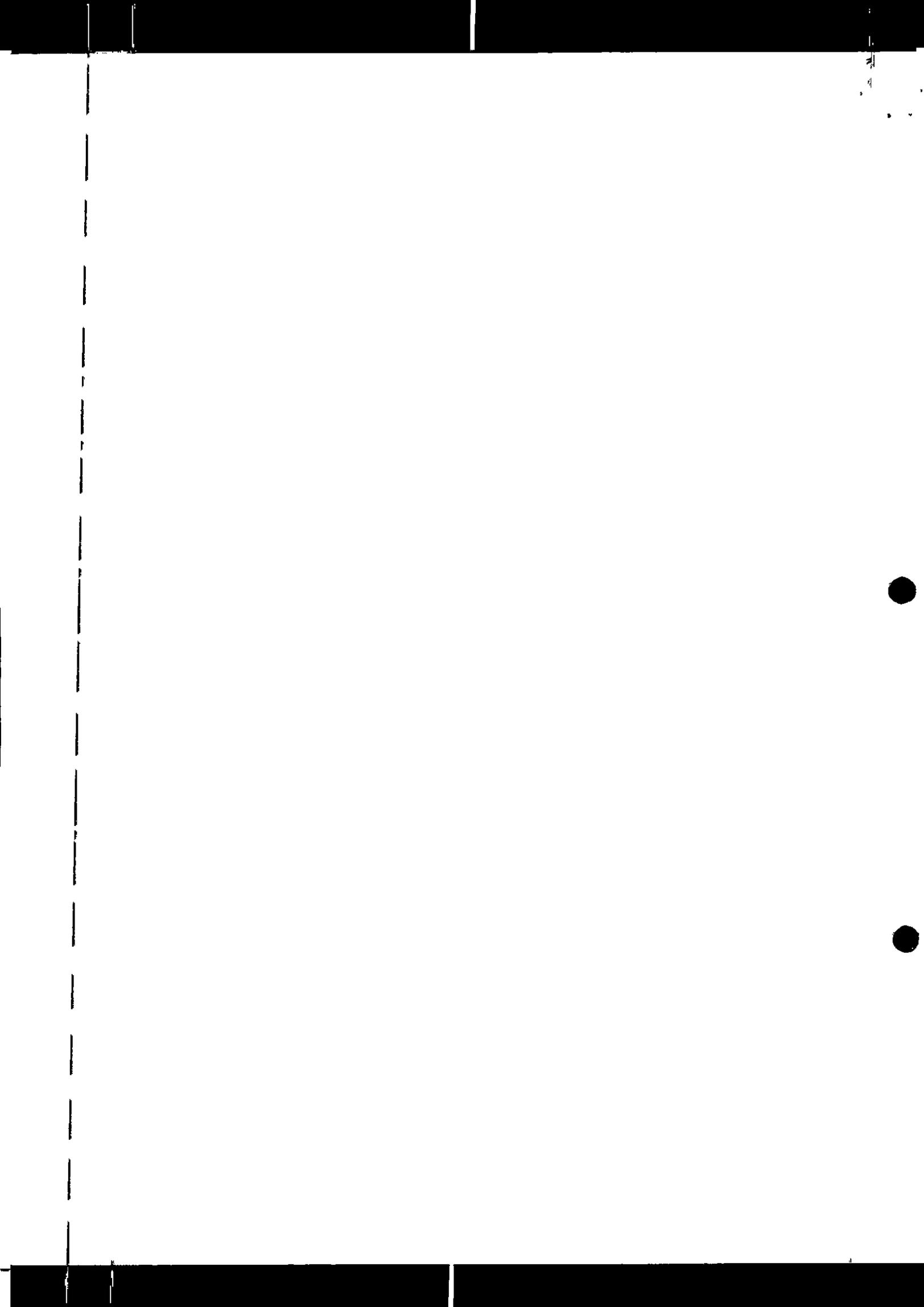
Sobre el particular, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, mediante la cual se regula el derecho fundamental a la salud, en su artículo 25 precisó que los recursos públicos que financian la salud son inembargables, sin que en ninguno de sus apartes se establezca cualquier clase de distinción que permita entender que puedan existir circunstancias que admitan que los recursos del Sistema de Salud puedan ser objeto de medidas cautelares en procesos de ejecución, así:

*"Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente."*

Del anterior precepto, la Corte Constitucional en estudio oficioso de exequibilidad de la referida Ley, en la Sentencia C-313 de 2014 consideró lo siguiente:

*"En lo que respecta al carácter público que se les atribuye a los recursos de salud, esta Corporación ha precisado, en reiteradas ocasiones, que dicho peculio es de índole parafiscal, aspecto que refuerza su naturaleza pública."*

(...)



*Para la Sala, la prescripción que blindó frente al embargo a los recursos de la salud, no tiene reparos, pues, entiende la Corte que ella se aviene con el destino social de dichos caudales y contribuye a realizar las metas de protección del derecho fundamental."*

Frente al tema, vale la pena recordar que cuando el texto de una norma es claro, no deben existir interpretaciones respecto a su espíritu tal como lo dispone el artículo 27 del Código Civil.

Por su parte, el artículo 594 del Código General del Proceso, aplicable en la Jurisdicción Laboral desde enero de 2014, indica de manera expresa que los funcionarios judiciales o administrativos se deben abstener de decretar órdenes de embargo sobre recursos inembargables y en el evento en que por ley fuere procedente decretar la medida no obstante su carácter de inembargable, deben invocar en la orden de embargo el fundamento legal para su procedencia. Para mayor ilustración nos permitimos transcribir la norma en cita:

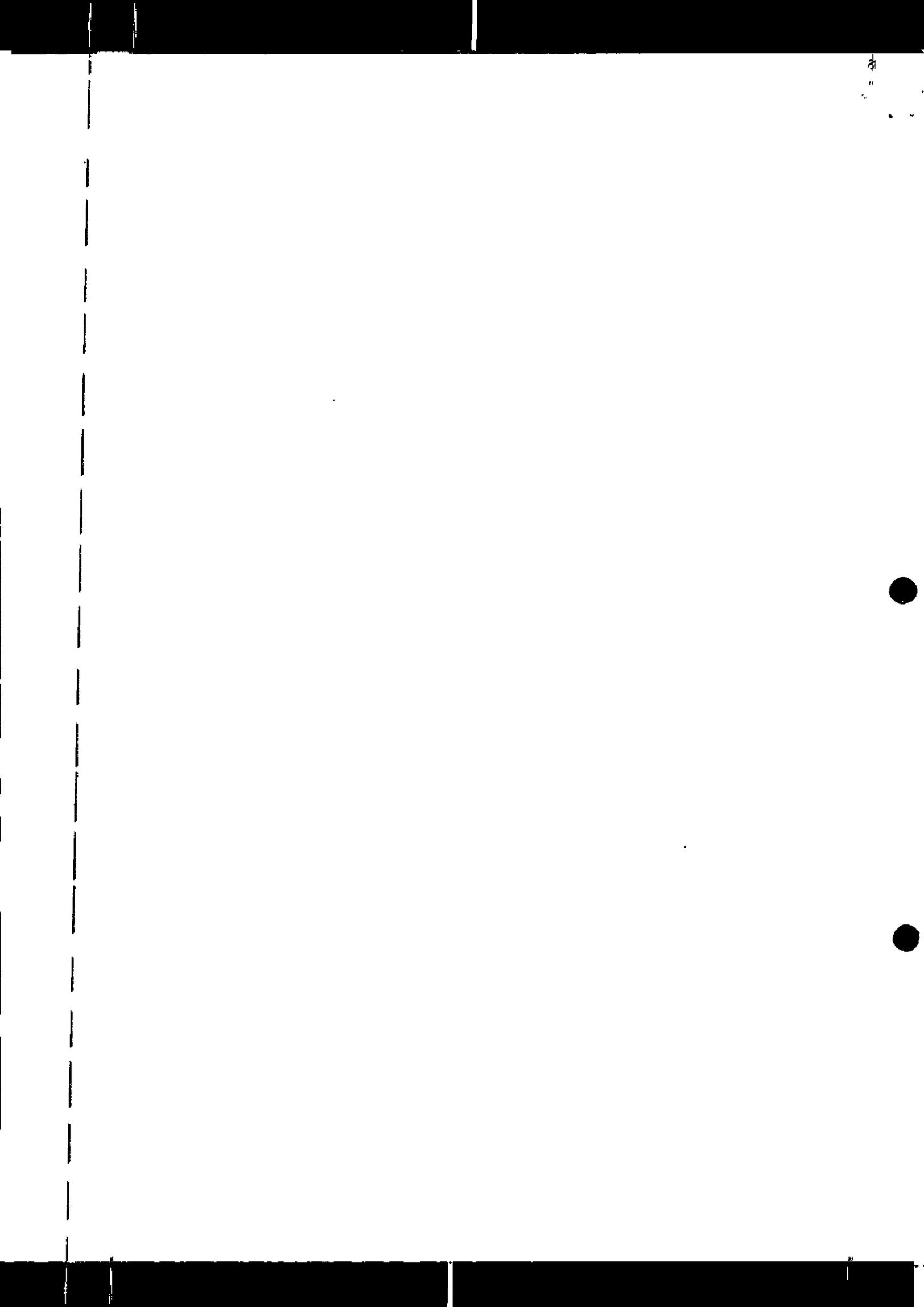
*"Artículo 594. Bienes inembargables. (...) Parágrafo. Los funcionarios judiciales o administrativos se abstendrán de decretar órdenes de embargo sobre recursos inembargables. En el evento en que por ley fuere procedente decretar la medida no obstante su carácter de inembargable, deberán invocar en la orden de embargo el fundamento legal para su procedencia.*

*Recibida una orden de embargo que afecte recursos de naturaleza inembargable, en la cual no se indicare el fundamento legal para la procedencia de la excepción, el destinatario de la orden de embargo, se podrá abstener de cumplir la orden judicial o administrativa, dada la naturaleza de inembargable de los recursos. En tal evento, la entidad destinataria de la medida, deberá informar al día hábil siguiente a la autoridad que decretó la medida, sobre el hecho de no acatamiento de la medida por cuanto dichos recursos ostentan la calidad de inembargables.*

*La autoridad que decretó la medida deberá pronunciarse dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de envío de la comunicación, acerca de si procede alguna excepción legal a la regla de inembargabilidad. Si pasados tres (3) días hábiles el destinatario no se recibe oficio alguno, se entenderá revocada la medida cautelar.*

*En el evento de que la autoridad judicial o administrativa insista en la medida de embargo, la entidad destinataria cumplirá la orden, pero congelando los recursos en una cuenta especial que devengue intereses en las mismas condiciones de la cuenta o producto de la cual se produce el débito por cuenta del embargo. En todo caso, las sumas retenidas solamente se pondrán a disposición del juzgado, cuando cobre ejecutoria la sentencia o la providencia que le ponga fin al proceso que así lo ordene."*

El embargo y la retención de los dineros del Sistema General de Seguridad Social en Salud suponen una interrupción abrupta del flujo de recursos dentro del mismo, que amenaza el derecho a la salud de los usuarios y contraría las normas de raigambre constitucional que prohíben de manera especial la adopción de tales medidas. En este aspecto, se reitera que esta circunstancia no debería presentarse pues partimos de la premisa que los funcionarios judiciales o administrativos deben abstenerse de decretar órdenes de embargo sobre recursos inembargables, lo que es viable exclusivamente en el evento en que por ley se procedente decretar la medida no obstante su condición, invocando en la orden de embargo el fundamento legal correspondiente.



## VI. EL EFECTO DEL EMBARGO INDISCRIMINADO DE DINEROS A COOMEVA EPS S.A:

### a. DEBERES DEL JUEZ PREVIO AL DECRETO DE EMBARGO DE RECURSOS DEFINIDOS COMO INEMBARGABLES POR LA LEY:

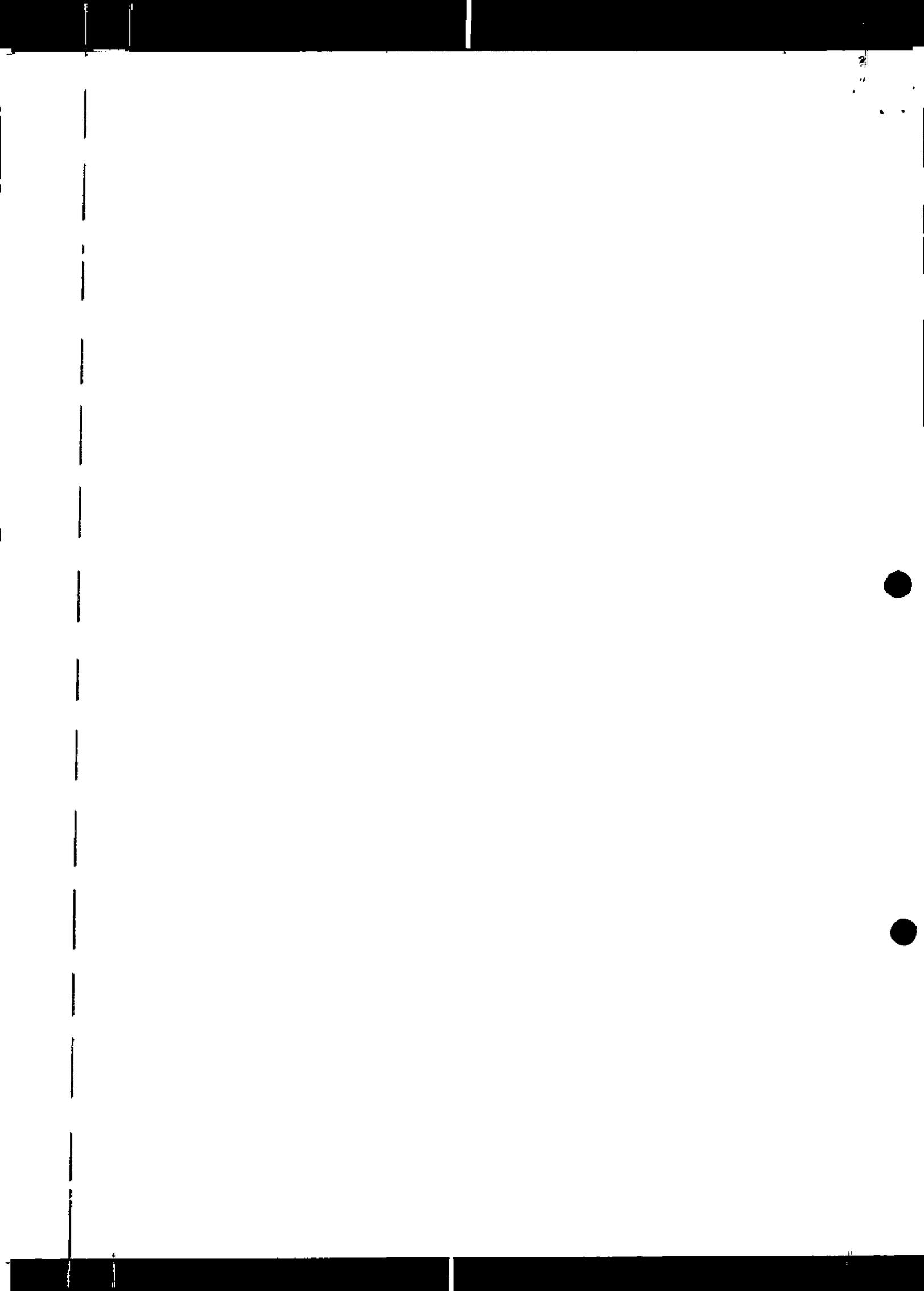
De tiempo atrás se ha reconocido la importancia de la actuación de los Jueces de la República en relación con la protección de los recursos inembargables, tales como aquellos relativos al Sistema de Seguridad Social; estableciendo deberes en cabeza de quienes administran justicia dentro de los cuales podemos citar cronológicamente los siguientes:

- Directiva No. 22 de 2010 de la Procuraduría General de la Nación, que tiene como destinatario entre otros, a los Jueces de la República, con la orientación que se relaciona seguidamente:

*"(...) 2. Así mismo, insta a los Jueces de la República para que se abstengan de ordenar o decretar embargos sobre los recursos del Sistema de Seguridad Social, recursos del Sistema General de Participaciones- SGP- y las Rentas Incorporadas en el Presupuesto General de la Nación, por cuanto no solo se estaría vulnerando el Ordenamiento Jurídico Colombiano, sino que se afecta gravemente el patrimonio público y el orden económico y social del Estado.*

- Código General del Proceso, artículo 594, disposición que señala en el numeral primero la inembargabilidad de los recursos de la Seguridad Social; y en su párrafo único que los funcionarios judiciales o administrativos deben abstenerse de decretar órdenes de embargo sobre recursos inembargables y que en el evento en que por ley fuere procedente decretar la medida no obstante su carácter de inembargable, deberían invocar en la orden de embargo el fundamento legal para su procedencia. Así las cosas, la mencionada norma indica claramente que el juez tiene que justificar la embargabilidad con sustento en una disposición legal que lo autorice para proceder de esa manera, o en su defecto debería entrar a demostrar que no se trata —o no están de por medio— recursos públicos de la salud. Para el asunto que compete a la acción de tutela promovida, es preciso advertir que ninguno de los supuestos descritos se cumple en este caso, pues no media un fundamento legal para proceder con la medida cautelar y tampoco se ha acreditado que los recursos no correspondan a dineros públicos que financian la salud.

En relación con los deberes que le asisten a los operadores judiciales en la materia, es pertinente citar la Sentencia 2700111020002012 0010701 de Julio 21 de 2016, proferida por la Sala Disciplinaria del Consejo Superior de la Judicatura, mediante la cual se confirmó la imposición de una sanción a un juez, luego de hallarlo responsable de faltar a título de culpa grave al deber establecido en el numeral 1° del artículo 153 de la Ley 270 de 1996, que establece "respetar, cumplir y, dentro de la órbita de su competencia, hacer cumplir la Constitución, las leyes y los reglamentos"; pues sin justificación alguna decretó embargos que afectaron de manera importante los recursos de Caprecom EPS y que perjudicaron el nombre de la justicia, pues los bienes eran considerados y protegidos por la ley como inembargables, cuya destinación era una población vulnerable, toda vez que se trataba de recursos de la Seguridad Social del Régimen Subsidiado.



## VII. PETICIONES

**Primera:** Se revoque el mandamiento de pago por todas aquellas facturas que no cumplan los requisitos establecidos en el Código de Comercio, en el Código General del Proceso para el título ejecutivo, en el Estatuto Tributario y, especialmente, **las que no llenen todos los requisitos exigidos por la normativa del sector salud especialmente los Anexos Técnicos 5 (sobre soporte que deben acompañara a las facturas del sector salud) y 6 (sobre glosas y devoluciones).**

**Segundo:** Se proceda con el levantamiento de las medidas cautelares decretadas.

## VIII. TÉRMINO:

Cooameva EPS SA, recibió un aviso del artículo 292 del CGP el día martes 2 de julio de 2019. El proceso se encontraba al despacho del 18 de junio de 2019, quien notifico mediante estado el 31 de julio de 2019, en ese entendido, la notificación se entiende surtida al día siguiente, 1 de agosto del 2019. Los tres días para retirar anexos llegan hasta el martes 6 de agosto y, los tres días para interponer, el recurso hasta el viernes 9 de agosto de 2019, presentando este escrito el **5 de agosto de 2019**.

## IX. NOTIFICACIONES

COOMEVA EPS recibirá notificaciones judiciales en la siguiente dirección: carrera 100 No. 11- 60, Local 250, en la ciudad de Cali. O electrónicamente al siguiente correo: [correoinstitucionaleps@coomeva.com.co](mailto:correoinstitucionaleps@coomeva.com.co)

La suscrita apoderada recibirá notificaciones judiciales en la siguiente dirección: carrera 19 A No. 78-80, piso IV, en la ciudad de Bogotá. O electrónicamente al siguiente correo: [nancyp\\_salamanca@coomeva.com.co](mailto:nancyp_salamanca@coomeva.com.co) y al celular 321 7 50 90 45.

## X. ANEXOS Y PRUEBAS:

1. Poder debidamente otorgado por el Representante Legal.
2. Certificado de Existencia y Representación en donde la suscrita se encuentra facultada para la representación legal de la entidad.
3. Concepto Minsalud No. 201711402407811
4. Concepto Minsalud No. 201830000320161
5. Circular 014 de la Procuraduría General de la Nación.
6. Circular 65 de 2018 de la Superintendencia Financiera de Colombia.

## XI. NOTIFICACIONES

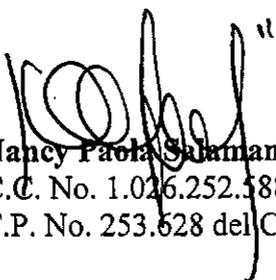
COOMEVA EPS recibirá notificaciones judiciales en la siguiente dirección: carrera 100 No. 11- 60, Local 250, en la ciudad de Cali. O electrónicamente al siguiente correo: [correoinstitucionaleps@coomeva.com.co](mailto:correoinstitucionaleps@coomeva.com.co)

Vertical line of text on the left side of the page.

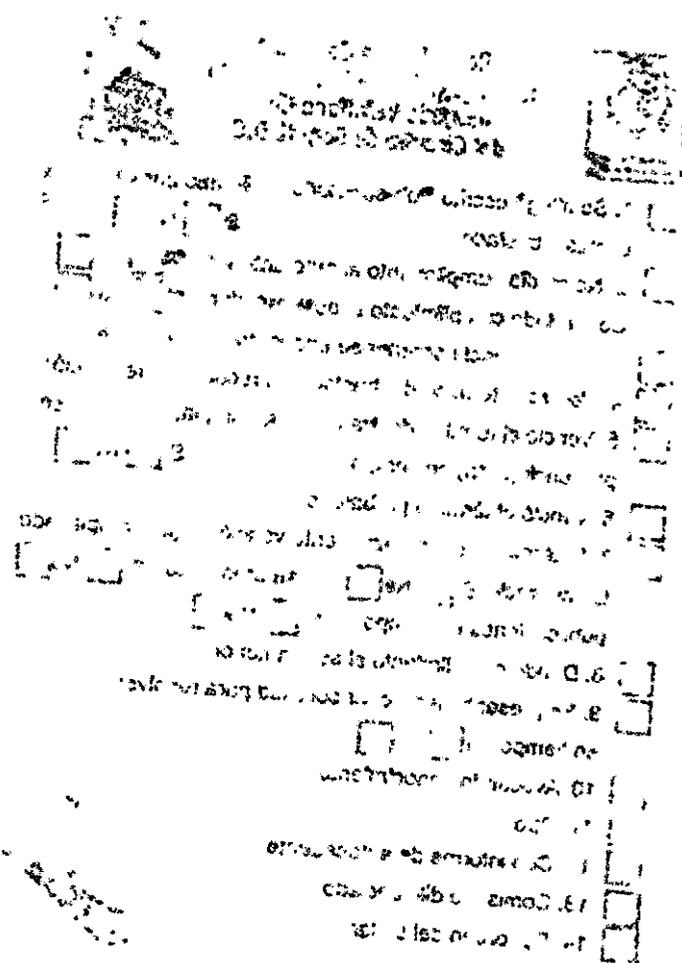


La suscrita apoderada recibirá notificaciones judiciales en la siguiente dirección: carrera 19 A No. 78-80, piso IV, en la ciudad de Bogotá. O electrónicamente al siguiente correo: [nancyp\\_salamanca@coomeva.com.co](mailto:nancyp_salamanca@coomeva.com.co) y [correoinstitucionalEPS@coomeva.com.co](mailto:correoinstitucionalEPS@coomeva.com.co).

Del Sr. Juez, atentamente,



Nancy Paola Salamanca Valencia  
C.C. No. 1.026.252.588 de Bogotá.  
T.P. No. 253.628 del C.S de la J.





República de Colombia  
 Rama Judicial del Poder Público  
 Juzgado Veintiuno Civil  
 del Circuito de Bogotá D.C.



- 1. Se allegó escrito Sub-escritorio en tiempo anexo  
copias traslado  Sí  No
- 2. No se dio cumplimiento al auto anterior  
Se ha dado cumplimiento al auto anterior  Sí  No
- 3. La providencia anterior se encuentra ejecutoriada
- 4. Venció el término del traslado de recurso de reposición
- 5. Venció el término del traslado anterior, la(s) parte(s) se  
pronunció(aron) en tiempo  Sí  No
- 6. Venció el término probatorio
- 7. El término de emplazamiento venció, el (los) emplazado  
Compareció  Sí  No se pronunció  Sí  No  
publicaciones en tiempo  Sí  No
- 8. Dando cumplimiento al auto anterior
- 9. Se presentó la anterior solicitud para resolver  
en tiempo  Sí  No
- 10. Avocando conocimiento
- 11. Otro
- 12. Con informe de antecedentes
- 13. Comisorio diligenciado
- 14. Por orden del Jefe

SE LA DETERMINO EL  
 RECURSO DE REPOSICION

*[Handwritten signature]*

MUÑOZ R.  
 24 SEP-19  
 SEC. JUZ. C.C.

925

**JUZGADO VEINTIUNO CIVIL DEL CIRCUITO**

Bogotá, D. C., 2 DIC. 2019 (Oct).

Proceso **Ejecutivo** N° 110013103-021-2018-00551-00.

(Cuaderno 1)

Estando las diligencias al Despacho, se hacen las siguientes consideraciones previo a continuar con el trámite del proceso:

1. Se libró orden de pago en contra de la sociedad demandada mediante autos fechados 29 de abril, 6 de junio y 30 de julio de 2019 (fls. 810-843, 853, 860).

2. La parte demandada fue notificada por medio de aviso conforme lo preceptúa el artículo 292 del C. G. del P., el 2 de julio de la presente anualidad, documentos que fueron allegados por el extremo actor el 4 de ese mes y año (fls. 862-864).

3. El extremo pasivo por conducto de procuradora judicial interpuso recurso de reposición en contra del auto de apremio el 5 de agosto pasado y allegó escrito que denominó "*control de constitucionalidad*" sic (fls. 884-900).

4. El Despacho con auto del 8 de octubre de los corrientes (fl. 908), tuvo por notificado a la sociedad demandada por aviso, reconoció personería, rechazó de plano el recurso de reposición propuesto por extemporáneo y dio respuesta al escrito denominado "*control de constitucionalidad*" sic.

5. Con proveído del 8 de octubre de 2019, se profirió auto de seguir adelante con la ejecución (fls. 909-910).

6. La demandada presentó escrito que denominó "*control de legalidad*" sic, en el que hizo referencia a lo reglado en los artículos 118 de la ley 1564 de 2012, con respecto al cómputo de los términos, el artículo 91 de la misma codificación el que se refiere al retiro de los anexos de la demanda y por último, al control de legalidad que debe hacerse en cada etapa procesal por parte del juez, el cual se encuentra referido en el artículo 132 *ejusdem*.

Ahora bien, regla el artículo 132 del Código General del Proceso que "*Agotada cada etapa del proceso el juez deberá realizar control de legalidad para corregir o sanear los vicios que configuren nulidades u otras irregularidades del proceso, las cuales, salvo que se trate de hechos nuevos, no se podrán alegar en las etapas siguientes, sin perjuicio de lo previsto para los recursos de revisión y casación*".

Conforme a la norma citada, el juez en cada etapa procesal debe verificar que no se configure ninguna causal de nulidad, por ello, al hacerse una nueva verificación de lo actuado en el proceso, el Despacho observa:

1. El término de notificación del demandado, de acuerdo al informe secretarial a folio 865, transcurrió desde el 4 de julio hasta el 22 de julio de 2019.

2. Que durante dicho término el proceso se encontró en el Despacho, habiendo ingresado el 10 de junio y su salida se produjo con la notificación por estado del 31 de julio de esta anualidad (fls. 859 vto y 860)

0000

Concordancia a lo anterior, el 10 de junio de 2012

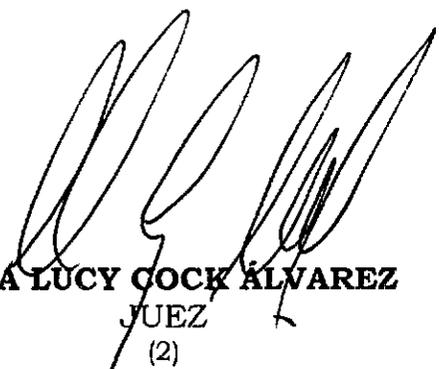
De lo anterior se colige que evidentemente el expediente no se encontraba en Secretaría durante el término con el cual contaba el demandado para solicitar las copias de los anexos, contestar la demanda y/o cancelar la obligación, tal como lo regla el artículo 91 en concordancia con el artículo 292 del C. G. del P.

Por consiguiente, al no estar el proceso en la Secretaría de esta sede judicial en ese lapso de tiempo y al encontrarse al Despacho, dicho término fue interrumpido y por ende, debería ser reanudado una vez se encontrara a disposición de las partes el expediente, tal como lo dispone el inciso 6º del artículo 118 *ibidem*, por ello al estar el proceso en el Despacho desde el 10 de junio y el 30 de julio de esta anualidad, no se tiene en cuenta dicho lapso de tiempo sino que el extremo pasivo tenía desde el 1º de agosto de este año, para ejercer su derecho a la defensa o para cancelar la obligación, con lo cual se configura las causales 5ª y 6ª del Código Adjetivo.

Corolario a lo anterior, esta juzgadora **DISPONE:**

1. Declarar la nulidad de lo actuado desde los autos del 8 de octubre hogaño, por haberse configurado las causales 5ª y 6ª de la ley 1564 de 2012, exceptuando el inciso 2º del proveído visto a folio 908 del paginario, con el cual se reconoció personería a la apoderada de la sociedad demanda.
2. Por Secretaría, fijese en la lista de traslados el recurso de reposición obrante a folios 884 al 900.
3. Vencido el término del traslado, de manera inmediata ingrese el proceso para resolver lo que en derecho corresponda.
4. Del escrito militante a folios 919 al 924, se pronunciará el Despacho una vez se decida de fondo frente al recurso de reposición antes mencionado.

NOTIFÍQUESE,

  
**ALBA LUCY COCK ÁLVAREZ**  
 JUEZ  
 (2)

JUZGADO 021 CIVIL DEL CIRCUITO El auto anterior se notificó por estado # <u>142</u> de hoy <u>03-DIC/19</u> a las 8 a.m. La Secretaria, <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> GLORIA STELLA MUÑOZ RODRÍGUEZ
--

931

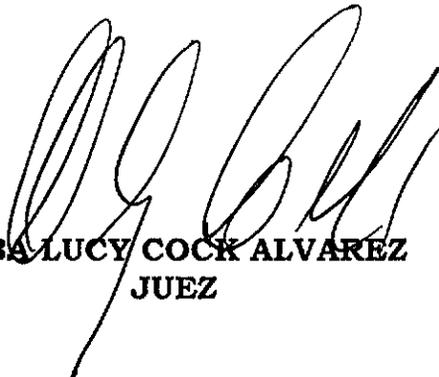
**JUZGADO VEINTIUNO CIVIL DEL CIRCUITO**  
Bogotá, D. C., 13 MAR. 2020

**Proceso Ejecutivo N° 110013103-021-2018-00551-00**

El Despacho se abstiene de dar trámite al recurso de reposición y en subsidio de apelación presentados por la parte ejecutante, como quiera que el escrito que los contiene no se encuentra suscrito.

Por Secretaría dese cumplimiento al numeral segundo de la parte resolutive del auto adiado 2 de diciembre de 2019 (fl. 925 c1).

**NOTIFÍQUESE,**

  
**ALBA LUCY COCK ALVAREZ**  
**JUEZ**

(2)

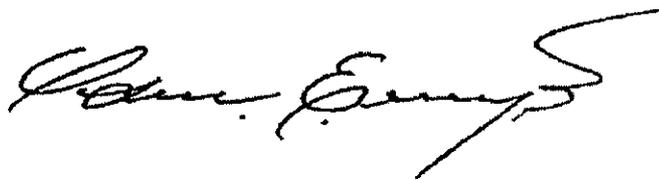
JUZGADO 021 CIVIL DEL CIRCUITO  
El auto anterior se notificó por estado #  
087 de hoy 16 marzo a las 8 am  
La Secretaria,  
  
**GLORIA STELLA MUÑOZ RODRÍGUEZ**

2 E

**PROCESO N° 11001 31 03 021 2009 00244 00**

En la fecha 24 de febrero de 2021 y a la hora de las 8:00 a.m., dando cumplimiento a lo ordenado en auto del (2) de diciembre de 2019, se fijó en lista el presente proceso por el término legal conforme al art 319 del C.G. del P., para efectos del traslado del recurso de reposición obrante a folios 884 al 900, que empieza a correr el 25 de febrero de 2021 y vence 01 de ~~Marzo~~ de 2021

**El Secretario,**



**OSCAR ENRIQUE ESCOBAR ESPINOSA**

