

370
396

Dr. Alfredo Martinez de la Hoz
JUZGADO 33 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ.
Carrera 10 No 14- 33 P 2
E. S. D.

38F
WWS

JUZGADO 33 CIVIL CTO.

00210 21-JAN-'20 8:08

PROCESO. EJECUTIVO DE CLÍNICA SANTO TOMAS SA CONTRA COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A

RADICADO. 110013103-033-2017-00758-00

REFERENCIA: RECURSO DE REPOSICIÓN EN CONTRA EL MANDAMIENTO DE PAGO.

JUAN PABLO MORANTES ACUÑA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80.170.972 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 223.013 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de representante legal para efectos judiciales de **COOMEVA 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 **INTERONGO RECURSO DE REPOSICIÓN EN CONTRA EL MANDAMIENTO DE PAGO LIBRADO** 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 y del decreto 3047 de 2008, 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:

- 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.*

371
397

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.

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.

3
398

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 EL

399

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 no esté*

Sede Nacional: Cda. 100 # 11-60 Local 250 Tel (2) 518 2400 Fax (2) 331 5354 Cali - Colombia Línea Nacional Gratuita 01 8000 110779 6 01 8000 930 779
Desde Cali 524 3080 NE. 805.000.427-1 www.eps.cooameva.com.co

Bogotá - Carrera 19 A No. 78 - 80 Teléfono: 3199555 Ext. 14107- 14155 Fax: 14111

VIGILADO Supersalud Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A. - Coomeva EPS S.A. Vigilado SUPERSALUD RES.0396/96. Afiliado a ACEM

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.*

Sede Nacional: Cra. 100 # 11-60 Local 250 Tel (2) 318 2400 Fax (2) 331 5354 Cali - Colombia Línea Nacional Gratuita 01 8000 110779 6 01 8000 930 779
Desde Cali 524 3080 NE. 805.000.427-1 www.eps.cooameva.com.co

Bogotá - Carrera 19 A No. 78 - 80 Teléfono: 3199555 Ext. 14107- 14155 Fax: 14111

VIGILADO Supersalud  Cooameva Entidad Promotora de Salud S.A. - Cooameva EPS S.A. Vigilado SUPERSALUD RES.0396/96. Afiliado a ACEM

- d) *Comprobante de recibido del usuario.*
- e) *Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.*
- f) *Odontograma.*
- g) *Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.*

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

- a) *Factura o documento equivalente.*
- b) *Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.*
- c) *Autorización. Si aplica.*
- d) *Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Excepto en aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.*
- e) *Comprobante de recibido del usuario.*
- f) *Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.*
- g) *Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.*

4. *Procedimientos terapéuticos ambulatorios:*

- a) *Factura o documento equivalente.*
- b) *Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle*
- c) *Autorización. Si aplica.*
- d) *Comprobante de recibido del usuario.*
- e) *Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.*
- f) *Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.*

5. *Medicamentos de uso ambulatorio:*

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

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

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

- d) Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- e) Comprobante de recibido del usuario.
- f) Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

7. Lentes:

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

403

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 ATENCIONÈS, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO.

409

- 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 concurran 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 ello 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.

406

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 presenta 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 [...]”.

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

407

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”.

IV. PETICIÓN

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).**

V. ANEXOS

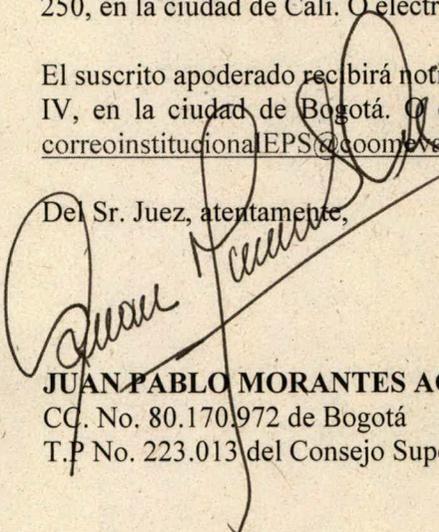
Certificado de Existencia y Representación en donde el suscrito se encuentra facultado para la representación legal de la entidad.

VI. 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

El suscrito apoderado 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: juan_morantes@coomeva.com.co y correoinstitucionalEPS@coomeva.com.co.

Del Sr. Juez, atentamente,



JUAN PABLO MORANTES ACUÑA
CC. No. 80.170.972 de Bogotá
T.P No. 223.013 del Consejo Superior de la Judicatura