

PROCESO EJECUTIVO
RADICADO No. 68001.31.03.007.2017-00312-00

Al Despacho de la señora Juez para resolver lo pertinente.

NELSON SILVA LIZARAZO
Oficial Mayor

JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO
Bucaramanga, Dieciocho (18) de febrero del dos mil veintiuno (2021)

Procede este despacho a resolver el recurso de reposición interpuesto por la apoderada de la parte demandada contra el auto de fecha 05 de diciembre de 2019 dentro del presente proceso Ejecutivo adelantado por LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A. contra DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

1. ANTECEDENTES:

En providencia de fecha 5 de diciembre de 2019, (Archivo 005 Demanda Acumulada) se admitió la reforma de la demanda y se libró mandamiento de pago a favor de LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A., en contra del DEPARTAMENTO DE SANTANDER por la suma de \$1.042.010.920 M/Cte., por concepto de capital de una serie de facturas allegadas con la demanda.

Dentro del término legal la apoderada de la parte pasiva interpuso recurso de reposición (Folios 1478 a 1491 Archivo 005 Demanda Acumulada)

1.2. Inconformidad de la abogada recurrente

En un extenso escrito, que el despacho se permite sintetizar, alega “FALTA DE INTEGRACION DEL TITULO EJECUTIVO COMPLEJO DE CARÁCTER JUDICIAL CONTRA EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER”. Hace alusión al art. 3 de la Ley 1231 de 2008, ley 1438 de 2011 y Resolución 1479 de mayo 6 de 2015, para indicar que la reclamación de la factura está sujeto a una auditoria, y agrega que son sujeto de ejecución la facturación con auditoria médica financiera que no tenga glosa alguna o con levantamiento de glosa por parte de la entidad territorial que acredite ello.

Propone igualmente la excepción previa FALTA DE JURISDICCIÓN con respecto a la facturación con glosa ratificada; indica que del desarrollo descrito en el artículo 57 de la ley 1438 de 2011, el legislador le asignó a la Superintendencia Nacional de Salud la función de juez de salud dado el conocimiento especializado que tiene en la materia particularmente sobre las obligaciones en cabeza de las entidades que hacen parte del sistema de seguridad social.

Luego de transcribir el aparte del literal f) del artículo 126 de la referida ley 1438 de 2011, afirma que la facturación con glosa, es de conocimiento por ley de la Superintendencia Nacional de Salud ya sea bajo la facultad extrajudicial a través del

[Ingresa aquí al micrositio que este juzgado tiene en la pagina de la rama judicial](#)

mecanismo de la conciliación o por vía judicial ante la misma autoridad que presta merito ejecutivo y que goza de cosa juzgada.

Así mismo propone la excepción de “PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CAMBIARIA” con el argumento que esta acción puede ser directa si se ejercita “contra el aceptante de una orden” (factura), que en este caso la entidad responsable del pago: “DEPARTAMENTO DE SANTANDER”, y que de regreso si la factura fue negociada y se ejercita la acción “contra cualquier otro obligado”

Indica que revisados los hechos de la reforma de la demanda acumulada en el punto primero en la columna fecha de facturación, “hay otra facturación que ha operado la prescripción por el transcurrir del tiempo años 2016 y 2017 ante la concurrencia de las siguientes variables:

- * La fecha de ocurrencia de la prestación del servicio
- * La presentación de la factura de Venta ante la Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.
- * La presentación de la factura de Venta ante la Administradora del Régimen Subsidiado.”

Alega INEPTITUD DE LA DEMANDA POR FALTA DE LOS REQUISITOS FORMALES PARA LA ACUMULACIÓN DE REFORMA DE DEMANDA” y se sustenta en lo dispuesto en el artículo 464 numeral 2º aparte final del C.G.P., agregando que en la demanda no se hace alusión alguna omitiendo tal requisito.

Solicita el RECHAZO DE LA REFORMA DE LA DEMANDA ACUMULADA por el no acatamiento en su integridad de las reglas de procedencia establecidas en el art. 93 del C.G.P., y que aunado a lo anterior en el traslado se dejó constancia de la ausencia del debido traslado, lo que implica dice que la oportunidad y términos que genera el traslado no se ha surtido.

Indica que las facturas de prestación de servicios asistenciales en salud en el régimen subsidiado objeto de demanda no es clara expresa ni exigible, con fundamento en el art. 422 del C.G.P., por cuanto la parte demandante no allega el previo agotamiento del procedimiento administrativo que arroja un informe consolidado de auditoría integral con la suscripción entre las partes y la Secretaría de Salud de Santander en representación del ente territorial a través de la auditoría externa Tool System Ltda. Afirma que no basta La factura como título valor simple por cuanto la normativa especial configura la existencia de un título valor complejo independientemente la aceptación tácita aducida por el demandante, y agrega que aunado a lo anterior, la entidad responsable del pago ha dejado constancia la no aceptación hasta el agotamiento integral de la auditoria medica - financiera.

Hace alusión a normativa del decreto 4747 de 2007, ley 1281 de 2002, 1438 de 2011 y transcribe apartes de una providencia del Tribunal Superior del Huila para invocar falta de jurisdicción con respecto a la facturación con glosa ratificada.

1.2. Trámite del recurso

[Ingrese aquí al micrositio que este juzgado tiene en la pagina de la rama judicial](#)



Del recurso se corrió el traslado correspondiente (ARCHIVO 004 CUADERNO DIGITAL); término dentro del cual la parte demandante se pronunció (ARCHIVO 005 CUADERNO DIGITAL) solicitando mantener incólume el auto impugnado.

2. CONSIDERACIONES

El recurso de reposición forma parte del derecho de impugnación de las providencias judiciales, y según lo dispone el inciso primero del artículo 318 del C.G.P., salvo norma en contrario “procede contra los autos que dicte el juez, contra los del magistrado sustanciador no susceptibles de súplica y contra los de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, para que se reformen o revoquen.”

Fundamento legal

Establece el numeral 3 del artículo 442 del C.G.P. que “El beneficio de excusión y los hechos que configuren excepciones previas deberán alegarse mediante reposición contra el mandamiento de pago. (...)”

Por su parte el artículo 100 del C.G.P., enlista las excepciones previas que pueden proponerse dentro del término de traslado de la demanda:

En efecto, las excepciones previas son medios defensivos enlistados taxativamente en el Código General del Proceso, a través de los cuales la parte demandada puede alegar la inadecuada conformación de la relación jurídica procesal y, consecuentemente, evidenciar yerros que, hasta tanto no sean subsanados en la forma que corresponda, impiden la continuación del proceso; es decir, que la finalidad de tales medios exceptivos es la de purificar la actuación, desde el principio, de los vicios que tenga -principalmente de forma-, controlando así los presupuestos procesales para dejar regularizado el proceso desde el comienzo, y así evitar posteriores nulidades o fallos inhibitorios.

En el presente caso, la parte demandada propone como excepción previa la denominada “FALTA DE INTEGRACION DEL TITULO EJECUTIVO COMPLEJO DE CARÁCTER JUDICIAL CONTRA EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER”, la cual, si bien es cierto, no aparece de manera taxativa enlistada en el artículo 100 del C.G.P., para su resolución por la vía de la excepción previa. Se advierte que la misma encuadra en el precepto del numeral 5 del artículo 100 del C.G.P., que señala “Ineptitud de la demanda por falta de los requisitos formales”, como quiera que, entre los argumentos que en general presenta la parte demandada, para sustentar las excepciones previas, entre otros indica que las facturas de prestación de servicios asistenciales en salud en el régimen subsidiado objeto de demanda no es clara expresa ni exigible, con fundamento en el artículo 422 del C.G.P., por cuanto la parte demandante no allega el previo agotamiento del procedimiento administrativo que arroja un informe consolidado de auditoría integral con la suscripción entre las partes y la Secretaría de Salud de Santander en representación del ente territorial a través de la auditoría externa Tool System Ltda.

[Ingrese aquí al micrositio que este juzgado tiene en la pagina de la rama judicial](#)

Al respecto, esto es, acerca de la facturación del servicio de salud, preciso es traer al caso la jurisprudencia reiterada del H. Tribunal Superior de este Distrito Judicial¹, que desde antaño se ha referido al tema en los siguientes términos:

“2. SOBRE LA FACTURACION DEL SERVICIO DE SALUD.”

Con la entrada en vigencia de la Ley 100/1993 se unificó e integró el sistema general de seguridad social en salud, que hasta entonces se encontraba disperso, buscando que la prestación del servicio de salud adquiriera universalidad y, que administrativamente se pudiera garantizar.

Se facultó a las EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD para que pudieran garantizar a sus afiliados el plan obligatorio de salud directamente o a través de las instituciones prestadoras (IPS). El artículo 179 de la Ley 100/1993 permitió a las EPS establecer modalidades de contratación y, sobre todo, un sistema unificado de pago, por capitación y protocolos o presupuestos globales fijos... de tal manera que se incentivaran las actividades de promoción y prevención y el control de costos, pues no podía desconocerse que la prestación del servicio de salud es un hecho económico, que, en una economía como la nuestra, cuesta, hay que pagarlo, y puede asumir diversas formas en su contratación y pago. Entre estas formas están:

- pagos por servicios,
- pago por paquetes y
- capitación.ⁱ

Inicialmente el tema estuvo reglamentado por el **DECRETO 3260 de 2004ⁱⁱ**, que en **su artículo 9 estableció las reglas para el pago en los contratos por conjunto integral de atención, pago por evento u otras modalidades diferentes a la capitación en regímenes contributivo y subsidiado**. Se dijo en esta norma –ya derogada–:

En los contratos donde se pacte una modalidad de pago diferente a la capitación, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, las EPS o ARS y las IPS se sujetarán al siguiente procedimiento de trámite y pago de las cuentas:

1. Las ARS y las EPS deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud como mínimo durante los veinte (20) primeros días calendario del mes siguiente al que se prestaron los servicios, incluido el mes de diciembre, de conformidad con la jornada habitual de trabajo de sus oficinas administrativas en los días y horas hábiles. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma.
2. Para la radicación y presentación de facturas, las ARS o EPS, no podrán imponer restricciones que signifiquen requisitos adicionales a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera y la demostración efectiva de la prestación de los servicios en salud.

¹ Auto de fecha 6 de mayo de 2010 del H. Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bucaramanga Sala de Decisión Civil – Familia M.P.: Mery Esmeralda Agón Amado. Proceso Ejecutivo Singular Ref. 68001-31-03-009-2009-00305-01 INTERNO: 151/2010



- Las ARS o EPS contarán con treinta (30) días calendario contados a partir de la presentación de la factura para adoptar uno de los siguientes comportamientos que generarán los correspondientes efectos aquí descritos:

a) Aceptar integralmente la factura: En este evento se procederá al pago del ciento por ciento (100%) de la factura dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a los treinta (30) días iniciales;

b) No efectuar pronunciamiento alguno sobre la factura: En este evento se efectuará el pago del cincuenta (50%) del valor de la factura dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de los treinta (30) días iniciales. Si trascurrido el término de cuarenta (40) días calendario a partir de la radicación de la factura, no efectúa pronunciamiento alguno, deberá pagar el cincuenta por ciento (50%) restante dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de este término;

c) Formular glosas a la factura: En este evento se procederá al pago de la parte no glosada dentro de los cinco (5) días calendarios siguientes al vencimiento de los treinta (30) días iniciales.

3. Cuando se formulen glosas a la factura la IPS contará con treinta (30) días calendario para responderlas. Una vez respondidas las glosas la ARS o EPS contará con cinco (5) días calendario para proceder al pago de los valores que acepta y dejar en firme las glosas que considere como definitivas.

4. En aquellos eventos en que existan glosas definitivas por parte de la ARS o EPS las partes acudirán a los mecanismos contractuales o legales previstos para la definición de las controversias contractuales surgidas entre las partes.

Parágrafo 1°. Las IPS no tendrán derecho a la aplicación del literal b) del presente artículo, cuando la EPS o ARS haya formulado glosas que en el promedio de los últimos seis (6) meses superen el cincuenta por ciento (50%) del valor de las facturas o cuentas de cobro radicadas.

Parágrafo 2°. Las EPS y ARS podrán pactar plazos inferiores a los establecidos en el presente artículo.

Posteriormente, se profirió la Ley 1122 de 2007, encargada de regular las relaciones entre prestadores de servicios de salud y responsables del pago, sobre la siguiente base general:

- El prestador está en la obligación de presentar una factura y sus soportes a los responsables de pago.
- El responsable del pago está en la obligación, a su turno, de pagar el valor de manera oportuna.

En especial debe observarse el literal d) artículo 13ⁱⁱⁱ de la Ley 1122 de 2007, que es del siguiente tenor:

[Ingrese aquí al micrositio que este juzgado tiene en la pagina de la rama judicial](#)

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

(...)

d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado.

De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

PARÁGRAFO 5o. Cuando los Entes Territoriales o las Entidades Promotoras de Salud, EPS o ARS no paguen dentro de los plazos establecidos en la presente ley a las Instituciones Prestadoras de Servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras.

En virtud del artículo 13 de la Ley 1122/2007, se expidió el DECRETO 4747 DE 2007, por medio del cual se regularon algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictaron otras disposiciones.

Sobre el tema que nos ocupa, dispuso este DECRETO:

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 23. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

[Ingresa aquí al micrositio que este juzgado tiene en la pagina de la rama judicial](#)

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

ARTÍCULO 24. RECONOCIMIENTO DE INTERESES. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

Así mismo, el MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL expidió la RESOLUCION 3047/2008 por medio de la cual se definieron los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

En esta reglamentación señaló que la “**Factura o documento equivalente:** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada”.

Además, estableció en el artículo 12 lo siguiente: “**Soportes de las facturas de prestación de servicios.** Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el anexo técnico 5”.

Precisamente, dicho anexo 5, relaciona uno a uno el listado de los documentos que se deben acompañar para exigir el pago por los servicios, como por ejemplo, por consultas ambulatorias, exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas, de las cuales debe resaltar este TRIBUNAL que tienen un común

[Ingrese aquí al micrositio que este juzgado tiene en la pagina de la rama judicial](#)



denominador: para el cobro y respectivo pago debe aportarse LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE.

Finalmente, es preciso señalar que la Resolución 3047/2008 fue modificada en algunos apartes por la Resolución 416/2009, del que es relevante el artículo 5 que señaló: “ (Modificar el numeral 1º del manual de uso del anexo técnico 6 de la Resolución 3047 de 2008), el cual quedará así: 1. Facturación: Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros). También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se descuenta por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidades pactadas en el contrato por capitación”.

Todo este recuento lo trae el TRIBUNAL para concluir que sobre la manera de hacer efectivas las obligaciones que unen, por activa a la IPS y por pasiva a la EPS, existen normas imperativas que deben ser aplicadas por el JUEZ, claro está, siempre y cuando el demandante le presente los hechos completos, esto es:

- que modalidad de relación contractual existió entre la EPS y la IPS;
- cuando se expidieron las facturas y se entregaron a la EPS;
- qué actos jurídicos realizó la EPS ante las facturas; y
- por qué las mismas se hacen exigibles, esto es, que no fueron objeto de glosas y venció el término que la ley disponía para su pago sin que se hubiera cumplido.

Como conclusión: al estudiar un caso como el que nos ocupa, se hace imperativo aplicar, de las reglas relacionadas, las que estuvieran vigentes y fueran aplicables.” (...)

Dada esa relación sustancial y de conformidad con las normas que se dejaron transcritas en el numeral (2) de la parte considerativa de este auto, para la constitución del título ejecutivo debe el demandante: “Presentar la factura con el lleno de requisitos exigidos por la ley y la constancia de haber sido entregada ante la EPS. Haberse cumplido el término que la ley le concede a la EPS para cancelarla”.

Además de lo anterior, la factura no debe haber sido glosada o en caso positivo, haberse superado la glosa.”

Surge de esas normas que la relación entre prestadores de servicios de salud y los responsables del pago, está regulada en la ley. Los primeros, para obtener la satisfacción de las acreencias que surgen de la prestación de servicios médicos, están en la obligación de presentar una factura con sus soportes a los segundos y estos deben proceder al pago de manera oportuna, a menos que sea menester hacer glosas a tales documentos. En tal caso, debe darse una comunicación entre las dos entidades en la que, en resumen, la Secretaría de Salud Departamental realiza la glosa; la IPS debe responderla aceptando las que considere justificadas o

[Ingrese aquí al micrositio que este juzgado tiene en la pagina de la rama judicial](#)

subsana los causales que la generaron o indicando justificadamente que la glosa no tiene lugar.

Luego no es de recibo que para su ejecución las facturas de venta por servicios de salud prestados por las IPS, deban estar acompañadas de la certificación que acredite la auditoría médica financiera de la entidad responsable del pago, y demás soporte documental distinto a las facturas de venta mismas como lo pretende la apoderada de la demandada, pues, es precisamente en esa etapa administrativa conforme a la normatividad atrás citada (ley 1122 de 2007, Decreto 4747 de 2007, y Resolución 3047 de 2018 modificada por la Resolución 416 de 2009), en concordancia con la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social para el caso del cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministrados a los afiliados del régimen Subsidiado, cuando los prestadores de servicios de salud presentan las facturas con sus soportes a los responsables del pago, en este caso ante DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARIA DE SALUD, que se debe proceder al pago de manera oportuna, a menos que en virtud del proceso de verificación y control de auditoría médica financiera que tenga a su cargo efectuar, sea menester hacerle glosas, lo cual no es el caso presente.

En este caso las facturas fueron presentadas con la constancia de haber sido recibidas por la SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER para su estudio, y si bien se dejó una constancia en las mismas consistente en que la “FACTURA ESTÁ SUJETA PARA SU ACEPTACIÓN PREVIO AGOTAMIENTO INTEGRAL DE LA AUDITORÍA MÉDICA FINANCIERA”, no aparece acreditado en el expediente hasta el momento, que la entidad demandada haya formulado glosa alguna en los términos de ley ya citados, y ha transcurrido con suficiencia el término que esta entidad tenía para dichas acciones.

No obstante, como lo señaló el H. Tribunal en la providencia antes citada, “...para controvertir los servicios incluidos y relacionados en cada una de las facturas, el demandado tiene el deber de presentar las respectivas excepciones de mérito, en las cuales podrá señalar, entre otras cosas, si las facturas no corresponden a servicios prestados, si estos fueron prestados irregularmente o, en todo caso, si existen hechos que ataquen su existencia, validez o eficacia.”

Lo anterior es suficiente para negar la excepción de “FALTA DE INTEGRACION DEL TITULO EJECUTIVO COMPLEJO DE CARÁCTER JUDICIAL CONTRA EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER” en los términos propuestos.

Con relación a la excepción previa de “FALTA DE JURISDICCIÓN”, con el argumento central según el cual la facturación con glosa, es de conocimiento por ley de la Superintendencia Nacional de Salud, resulta preciso indicar, como la jurisprudencia nacional lo ha señalado², “...los prestadores de servicios de salud, para obtener la satisfacción de las acreencias originadas en esa asistencia médica, están en la obligación de presentar una factura con sus soportes a los responsables del pago, quienes deben proceder al pago de manera oportuna, a menos que sea menester hacerle glosas. En tal caso, debe darse una comunicación entre las dos

² Sentencia del 25/04/2018 Rad. 2015-00194-01 (Interna 9942 LLRR) del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, Sala de Decisión Civil Familia,



entidades, para que se defina si: (i) Se consideran justificadas las glosas, se aceptan; (ii) Se subsanan las causales que las generaron; o, (iii) Se dan las razones por las que se estimen injustificadas. Luego la entidad responsable del pago tendrá un nuevo término para levantar (Total o parcialmente), o dejar las glosas y a partir de entonces se prevén los términos para los pagos por las glosas levantadas; las facturas devueltas deben someterse a un nuevo trámite y de persistir el desacuerdo, las entidades deben acudir a la Superintendencia Nacional de Salud.” (Subrayado nuestro).

En ese sentido, es posible acudir ante Superintendencia Nacional de Salud, cuando, durante el proceso administrativo que haya iniciado la prestadora del servicio de salud, en virtud de las normas que regulan la relación entre prestadores de servicios de salud y los responsables del pago ya referidas, la entidad deudora (DEPARTAMENTO DE SANTANDER –SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL) realice glosas a las facturas, y solamente en el evento en que persista el desacuerdo entre las partes, con fundamento en la atribución legal conferida en el artículo 126 literal f del C.G.P. que establece:

“ARTÍCULO 126. FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Adiciónense los literales e), f) y g), al artículo [41](#) de la Ley 1122 de 2007, así:

(...)

f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

(...)”

En el presente caso, como atrás se señaló, no aparece acreditado en el expediente hasta el momento, que la entidad demandada haya formulado glosa alguna a las facturas de venta que fueron presentadas para su cobro por parte de la entidad ejecutante en los términos de ley ya citados, y ha transcurrido con suficiencia el término que esta entidad tenía para dichas acciones.

Lo anterior es suficiente para negar la excepción de “FALTA DE JURISDICCIÓN planteada.

Con relación a la excepción de “INEPTITUD DE LA DEMANDA POR FALTA DE LOS REQUISITOS FORMALES PARA LA ACUMULACIÓN DE REFORMA DE DEMANDA”, sustentado en lo dispuesto en el artículo 464 numeral 2º aparte final del C.G.P., en cuanto afirma que en la demanda no se hace alusión alguna omitiendo tal requisito.

Al respecto, es preciso señalar que la norma del artículo 464 del C.G.P que cita la abogada recurrente, establece las reglas para la acumulación de procesos, que no es el caso presente, sino de una acumulación de demanda regulada en el artículo 463 y la reforma de demanda establecida en el artículo 93 del C.G.P.

En ese sentido, el artículo 463 del C.G.P. establece el espacio temporal exigido por la norma para la presentación de nuevas demandas para que sean acumuladas a [Ingrese aquí al micrositio que este juzgado tiene en la pagina de la rama judicial](#)

la demanda inicial, esto es, “Aun antes de haber sido notificado el mandamiento de pago al ejecutado y hasta antes del auto que fije la primera fecha para remate o la terminación del proceso por cualquier causa,...” sin que sea requerido indicar tal circunstancia en los términos que señala el numeral 2 del artículo 464 del mismo estatuto procesal, aplicable de manera exclusiva para la acumulación de procesos ejecutivos.

No obstante, en el caso que se estudia, tanto la acumulación de la demanda como su reforma cumplen con los presupuestos allí establecidos, como quiera que aún no se ha fijado la primera fecha para la diligencia de remate, y no ha ocurrido la terminación del proceso por cualquier, como tampoco se ha señalado fecha para la audiencia inicial para el caso de la reforma de demanda.

Por lo anterior, no prospera la excepción de INEPTITUD DE LA DEMANDA POR FALTA DE LOS REQUISITOS FORMALES PARA LA ACUMULACIÓN DE REFORMA DE DEMANDA”, en los términos solicitados.

Respecto de la excepción de “PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CAMBIARIA”, que la parte pasiva presenta como excepción previa, se ha de indicar que dichas excepciones, están consagradas en el artículo 100 del C.G.P., luego se trata de un listado restringido al cual deben atenerse las partes y el juez según lo tiene sentado la doctrina nacional³, al señalar al respecto que “...en el régimen del C.G.P., ya no pueden proponerse algunas excepciones de fondo como previas, que eran mal llamadas mixtas, puesto que no fueron reproducidas las reglas del CPC (inciso final del artículo 97) y de la ley 1395 de 2010 que así lo consagraban.”

Luego en ese sentido, debe la demandada atender lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 442 del C.G.P. para la formulación de excepciones distintas de las previas que consagra el artículo 100 ibídem.

Así las cosas, tras revisar las facturas materia de ejecución en este asunto, este despacho encuentra que las mismas cumplen con los requisitos legales, esto es, contienen la denominación de ser facturas de venta; la numeración consecutiva de las facturas, fechas de expedición y vencimiento, descripción específica o genérica de los servicios prestados, valor total de los servicios y el contribuyente ha utilizado un sistema de facturación por computador, a más de tener la constancia de haber sido entregadas a la entidad responsable del pago, (sello y fecha y/o firma y fecha), sin que obre prueba en el expediente, que la entidad demandada haya formulado glosa alguna a las facturas de venta que fueron presentadas para su cobro por parte de la entidad ejecutante en los términos de ley ya citados, además se identifica plenamente el acreedor o prestador de los servicios, como es LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.; y el deudor o adquirente, que es DEPARTAMENTO DE SANTANDER –SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.

Las razones anteriores son suficientes para negar las excepciones previas propuestas mediante recurso de reposición en los términos planteados por la apoderada de la parte pasiva contra el auto mandamiento de pago de fecha 05 de diciembre de 2019 dentro del presente proceso Ejecutivo adelantado por LOS

³ <https://escuelajudicial.ramajudicial.gov.co/tree/content/pdf/a1/11.pdf>

COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A. contra DEPARTAMENTO DE SANTANDER; en consecuencia, se ordenará continuar con el trámite del proceso.

Por otra parte, con relación a los reparos hechos en escrito separado presentado por la parte demandada alegando ausencia del traslado de la demanda acumulada, de la reforma misma, y demás anexos referidos en el escrito, no obstante que le asiste la razón a la abogada recurrente, respecto que los anexos fueron enunciados en el escrito pero no aportados, se advierte que los mismos forman parte del expediente que se encuentra adecuadamente digitalizado a disposición de las partes, luego no resulta necesario, requerir a la parte ejecutante para que allegue traslado alguno, como quiera, se reitera, que el expediente ha estado a disposición de las partes en el estante digital, y los términos del mandamiento de pago objeto de recurso se encuentran interrumpidos según lo dispuesto en el artículo 118 del C.G.P.

Por lo expuesto, el JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA

RESUELVE

Primero: NO REPONER el auto mandamiento de pago de fecha 05 de diciembre de 2019 dentro del presente proceso Ejecutivo adelantado por LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A. contra DEPARTAMENTO DE SANTANDER, según lo considerado en la parte motiva del presente proveído.

Segundo: Continúese con el trámite correspondiente.

NOTIFÍQUESE

OFELIA DIAZ TORRES
Juez



ⁱ “El pago por servicios es el pago que el usuario hace al prestador del servicio por los servicios que le presta, e incluye honorarios médicos, suministros, medicamentos y servicios quirúrgicos. Este pago no se puede estipular *ex ante* porque la atención depende de los requerimientos de cada paciente. Con esta modalidad de pago, el prestador tiene incentivos para aumentar los costos del servicio, pues así aumenta sus ingresos. / El pago por capitación se basa en el concepto de enfermo potencial y no en el de enfermedad actual. El prestador atiende a un conjunto determinado de personas. Por cada persona inscrita recibe un giro periódico de la administradora, sin importar el número de veces que acuda al servicio médico. Con este esquema, el prestador tiene incentivos para controlar el costo de los servicios. / El pago por caso es una forma de contratación que contiene elementos de las anteriores. La unidad de medida es el tratamiento global de una dolencia específica de la que se conocen los protocolos de tratamiento y, por tanto, sus costos. La prestadora de servicios tiene incentivos para realizar más tratamientos y, ante cada paciente, para controlar los costos del procedimiento”.

ⁱⁱ Este DECRETO fue derogado por el art. 30 del Decreto Nacional 4747 de 2007.

ⁱⁱⁱ Sobre esta norma véase las sentencias de constitucionalidad C-260/2008 y C-675/2008.

[Ingrese aquí al micrositio que este juzgado tiene en la pagina de la rama judicial](#)