

Señores:

**JUZGADO 11 CIVIL DEL CIRCUITO**

Barranquilla, Atlántico

E.S.D

**PROCESO:** EJECUTIVO

**DEMANDANTE:** FUNDACIÓN OFTALMOLOGICA DEL CARIBE

**DEMANDADO:** COOMEVA EPS SA.

**RADICADO:** 2019-0170

**ASUNTO:** RECURSO DE REPOSICIÓN CONTRA EL AUTO QUE LIBRA  
MANDAMIENTO DE PAGO.

**MELISSA MONTAÑO GIRALDO**, mayor de edad y residente en la ciudad de Medellín, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.037.237.232, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 279.026 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderada Judicial de la Entidad **COOMEVA EPS S.A.**, me permito interponer **RECURSO DE REPOSICIÓN** en contra del Auto notificado personalmente el 20 de noviembre de 2020, por medio del cual se libra mandamiento de pago en contra de mi Mandante; recurso que se interpone en los siguientes términos:

### 1. Carencia de Título Complejo

La Entidad Demandante solicita al Despacho, por medio del presente proceso, que se ejecute el pago de facturas por prestación de servicios de salud, en el entendido de que estas se generaron con ocasión a una solicitud de servicios que requirió mi prohijada en su naturaleza de Entidad Promotora de Salud (EPS), concluyéndose así, que estas facturas se presentan como obligaciones emanadas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales evidentemente y por disposición Legal, para su exigencia deberán tratarse como Títulos Complejos.

Los Títulos Complejos son aquellos que *“están integrados 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, el reconocimiento del co-contratante del precio pendiente de pago, el acta de liquidación, etc. Los documentos allegados con la demanda deben valorar en su conjunto con miras a establecer si constituyen una prueba idónea de la existencia de una obligación clara, expresa y exigible a favor del ejecutante, como lo establece el artículo 488 del C.P.C.”*

Debido a lo anterior, se puede comprender que para que las facturas que el Demandante solicita sean reconocidas por mi Mandante, deben reclamarse como Títulos Complejos, en ese entendido, las facturas que aquí se demanda adicional a los requisitos de todo título ejecutivo y del título valor factura, por tratarse de facturas de servicios de salud, requieren de unos requisitos adicionales, más aún si consideramos que se está ante un título ejecutivo complejo.

Por lo expuesto, se debe traer a colación el Decreto 4747 de 2007, el cual es sus artículos 5,6 y 8, establece lo siguiente:

**ARTÍCULO 5°. 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.*
1. *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.*
2. *Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.*
3. *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.*
1. *Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.*
2. *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.*
3. *Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.*
4. *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.*
5. *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.*

## **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.*
- 1. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.*
- 2. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.*
- 3. Servicios contratados.*
- 4. Mecanismos y forma de pago.*
- 5. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.*
- 6. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.*
- 7. Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.*
- 8. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.*
- 9. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.*
- 10. Mecanismos para la solución de conflictos.*
- 11. 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 parágrafo 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 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.
1. 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 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.*
- a) *Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.*
- b) *Autorización. Si aplica*
- c) *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.*

### **2. Servicios odontológicos ambulatorios:**

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

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

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

### **4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:**

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

#### 5. Medicamentos de uso ambulatorio:

a) Factura o documento equivalente.

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

b) Autorización. Si aplica

c) Comprobante de recibido del usuario.

d) Fotocopia de la fórmula médica.

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.

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

a) Factura o documento equivalente.

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

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) Comprobante de recibido del usuario.

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.

#### 7. Lentes:

a) Factura o documento equivalente.

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

b) Autorización. Si aplica d. Comprobante de recibido del usuario.

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

d) 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.

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

b) Informe de atención inicial de urgencias.

c) 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. 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.

- e) Comprobante de recibido del usuario.
- f) 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.
- a) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- b) Autorización. Si aplica. d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- c) Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- d) 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.
- e) Comprobante de recibido del usuario.
- f) Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- g) Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.
- h) 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.
- i) 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.
- a) Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- b) Autorización. Si aplica.
- c) Resumen de atención o epicrisis.
- d) Fotocopia 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) Descripción quirúrgica.
- g) Registro de anestesia.
- h) Comprobante de recibido del usuario.
- i) Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- 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.
- k) Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
- l) 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.*
- a) *Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.*
- b) *Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica*
- c) *Autorización. Si aplica*
- d) *Hoja de traslado.*
- 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.*

12. Honorarios profesionales:

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

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.*
  - a) *Autorización. Si aplica.*
  - b) *Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.*
  - c) *Resumen de atención o epicrisis.*
  - d) *Descripción quirúrgica. Si aplica.*
  - e) *Registro de anestesia. Si aplica.*
  - f) *Comprobante de recibido del usuario.*
  - 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.*
  - h) *Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.*
- ...)"

De acuerdo a lo expuesto, es preciso predicar que las facturas de prestación de Servicios de Salud por sí solas, no pueden demandarse para la ejecución de una conjetural obligación, el Legislador es imperativo al indicar que, para obtener el pago de los servicios de Salud, es necesario que a la factura se le acompañen los anexos que el Ministerio de Protección Social, ordene, soportes que valorados en conjunto constituirían la obligación perseguida, constituyéndose así, un Título Complejo.

Así pues, los soportes de las facturas de prestación de servicios de salud, de los que habla el Decreto 4747 de 2007 son los establecidos en la Resolución No. 3047 de 2008 en su Anexo Técnico No. 5 del Ministerio de Protección Social, en el cual se detalla uno a uno los soportes que debe presentar el posible acreedor de una obligación ante la entidad Demandada para poder exigir el pago de las facturas, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- Factura o documento equivalente
- Detalle de cargos
- Autorización
- Resumen de atención o epicrisis
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico
- Descripción quirúrgica
- Registro de anestesia
- Comprobante de recibido del usuario
- Hoja de traslado
- Orden y/o fórmula médica
- Lista de precios
- Recibo de pago compartido
- Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT)
- Factura por el cobro al SOAT y/o Fosyga
- Historia clínica
- Hoja de atención de urgencias
- Odontograma
- Hoja de administración de medicamentos

Adicionalmente, el artículo 12 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio De La Protección Social manifiesta lo siguiente:

*“ARTÍCULO 12. SOPORTES DE LAS FACTURAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto número 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico número 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos – CUM –, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente – Consecutivo – ATC.” (Subrayado fuera de texto)*

En razón a lo expuesto, se evidencia que dentro del SGSSS, existen requisitos especiales para la exigencia del pago de las facturas de servicios de salud, requisitos los cuales, no se suplieron pues no se aportan los documentos requeridos para llevar a cabo el proceso adelantado, y como consecuencia de lo anterior las facturas solicitadas no pueden ser fundamento suficiente para la ejecución ni el inicio del presente proceso.

Los documentos que no se aportan, se entiende son esenciales pues los mismos comportan una prueba plena de que en efecto y sin lugar a asomo de dudas, el servicio médico se prestó de forma adecuada y de acuerdo a lo que se plantea en la historia clínica y en la factura que se aporta, de lo

contrario frente la carencia de estos documentos, nos encontramos en una completa incertidumbre sobre si los servicios médicos que conjeturalmente dice el Demandante se prestaron si hayan sido recibido en la forma como se manifiestan en las facturas que se demandan.

Debido a lo anterior no es posible realizar la ejecución de una presunta obligación que presenta incertidumbre y que no se ve correctamente sustentada en los documentos q permitan dar claridad de la efectiva prestación del servicio de salud que se proporcionó a los Usuarios, de tal manera es que se acude al argumento que se plantea dentro de este numeral, carencia de título complejo, ya que en el litigio en cuestión, no se presentan de forma completa los documentos que la norma requiere para que se ejecuten de manera eficaz las obligaciones que se derivan de las facturas por prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS) y como consecuencia de lo anterior las facturas objeto del reclamo, no son un fundamento suficiente para la ejecución ni el inicio del presente proceso. De tal forma que el presunto obligado cambiario no está llamado a cancelar las obligaciones pretendidas.

Por tanto, resulta apenas evidente que la factura, en estos casos, no es autónoma, en la medida en que ésta solo tiene sentido y alcance, mientras se encuentre 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 el caso en concreto, se puede verificar que ninguna de las facturas presentadas por la parte actora cumple con los requisitos adicionales ampliamente resaltados en este escrito, la accionante simplemente se limita a aportar múltiples facturas derivadas de la prestación de servicios médicos, sin ni si quiera la historia clínica de los pacientes que demuestre en que consistió la atención prestada, y si la misma si esta a cargo de COOMEVA EPS S.A.

En este orden de ideas, de manera respetuosa le solicitamos al despacho que revoque el auto que libra mandamiento de pago, y por el contrario termine el proceso porque al tratarse de títulos complejos y más aún de facturas derivadas de la prestación de servicios en salud, es menester que el demandante aporte los documentos necesarios para demostrar la veracidad de la atención brindada, y que lo cobrado por la IPS corresponda a los parámetros establecidos en el anexo No. 5 de la resolución 3047 de 2008.

## **2. Carencia de Título Ejecutivo**

En consideración a lo anterior, las obligaciones que pretende exigir la parte Demandante reposan en facturas que no albergan todos los Documentos requeridos para que se puedan considerar Títulos Complejos, y por ende, las mismas pierden efectivamente los elementos exigidos por el artículo 422 del CGP, artículo que indica las condiciones propias de los Títulos Ejecutivos, los cuales deben contener obligaciones expresas, claras y exigibles.

*“Pueden demandarse ejecutivamente las obligaciones expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante y constituyan plena prueba contra él, o las que emanen de una sentencia de condena proferida por juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial que tenga fuerza ejecutiva conforme a*

*la ley, o de las providencias que en procesos contencioso - administrativos o de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia.” (Subrayado fuera de texto)*

Del anterior artículo se extrae que para que una obligación tenga el carácter de ejecutiva, deben concurrir los siguientes elementos:

**CLARIDAD**, lo que significa que, de la simple lectura del documento aportado como base de recaudo, NO QUEDE DUDA de la obligación cuya satisfacción se pretende. Para el caso en cuestión, no existen pruebas que demuestren la efectiva prestación de los servicios de salud que pretenden ser cobrados con los documentos que se allegan al Proceso, razón por la cual se presenta incertidumbre sobre si los mismos efectivamente se prestaron a los usuarios afiliados a COOMEVA EPS de la misma manera como se detalla en la factura. No existe una certeza de que los valores facturados correspondan en realidad a los servicios que se materializaron, esto debido a que dentro del expediente no se aporta ningún documento que compruebe que los pacientes efectivamente recibieron el servicio en las condiciones que se plantea, ni se evidencia que dichas situaciones hayan sido consignadas en la historia clínica de los Usuarios afiliados con el fin de realizar el cobro efectivo de los procedimientos y/o servicios de salud facturados, hechos que puede ser corroborada con un comprobante de recibido o una firma del paciente en los documentos que se aportan, situación que no se presenta en los anexos que reposan en el expediente, razón esta suficiente para entender que no se cumple los requisitos que exige el Código General del Proceso en su artículo 422 para sea exigida ejecutivamente la obligación.

**EXPRESO**, se requiere que la obligación reclamada aparezca manifiesta en la redacción misma del título, es decir, que el documento que contiene la obligación debe incorporar en forma nítida el “crédito – deuda” sin que para ello haya que acudir a elucubraciones o suposiciones. Es evidente que en la causa procesal a la que nos enfrentamos, el requisito de expreso no se avizora. Los documentos que fundamentan la ejecución proponen desentrañar a través de suposiciones los elementos esenciales del título complejo que se requiere para llevar a cabo el cobro de las obligaciones que se derivan de la prestación efectiva de los servicios de salud, así las cosas, al no acreditarse la prestación material del servicio de salud por medio de los documentos anexos que la norma plantea se deben acompañar, no se cumple con las exigencias requeridas por la Legislación Procesal, cuya finalidad específica es que las obligaciones que se reclamen sean fruto de la contraprestación REAL de un servicio de salud.

**DOCUMENTO PROVENIENTE DEL DEUDOR**, este requisito tampoco se vislumbra dentro de los documentos que se allegan con la Demanda como base de la ejecución, pues si bien es cierto se factura a nombre de COOMEVA EPS, esta última no ha sido quien creó el escrito, por lo tanto no proviene del mismo, ni tampoco dentro de los documentos se evidencia la firma de su Representante Legal o de uno de sus funcionarios que permita dar fe de que efectivamente el documento sea proveniente del deudor, si bien es cierto, existe un sello de COOMEVA EPS este sello traduce el recibo de la factura con el fin de realizarse la auditoría pertinente, pues como es sabido las facturas provenientes de Servicios de Salud deben ser auditadas con el fin de evitar que ocurran glosas, devoluciones o que en caso tal de que existan, estas puedan ser subsanadas, así es claro que tampoco se cumple con el requisito de que el documento provenga efectivamente del deudor con el fin de hacer exigible la obligación que mediante dicho Proceso se pretende adelantar.

Así las cosas, no se puede concluir que existan obligaciones ejecutivas a cargo de COOMEVA EPS y a favor del ejecutante, pues no están acreditados los elementos esenciales de los Títulos Ejecutivos, de tal forma que se tenga plena certeza de estar en presencia de obligaciones claras expresas y exigibles provenientes del deudor o su causante, y no existe esa certeza porque no están acreditados:

- 1.- La prestación de un servicio no pagado del cual se desprende un título valor factura.
- 2.- No se acompañan los soportes exigidos por el 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”<sup>11</sup>*

---

<sup>11</sup> “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.

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.

### 3. Inepta Demanda

Aunado a lo anteriormente expuesto, cabe resaltar que al no cumplirse a cabalidad con los requisitos de los Títulos Complejos ni de los Títulos Ejecutivos, y al presentarse una incertidumbre sobre si las obligaciones reclamadas efectivamente se materializaron, este Proceso no debió ser adelantado como un Proceso Ejecutivo, sino como un Proceso Declarativo en donde lo que se pretende es que se DECLARE según las pruebas aportadas dentro proceso y el debate jurídico que se presente, que efectivamente COOMEVA EPS S.A es deudor de la IPS Demandante, con base en unos documentos que certifican sin temor a la existencia de alguna duda que dicha obligación está pendiente de pago, y no como se pretende en el presente litigio acudiendo al Proceso Ejecutivo asumiendo que se cumple

a cabalidad con los requisitos que para adelantar dichos tipos de Procesos Judiciales se requieren y asumiendo que los documentos aportados base de la ejecución son suficientes para realiza la misma.

#### **4. Providencias de tribunal 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 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”.*

## **5. Falta de jurisdicción y competencia.**

Es importante que el despacho tenga presente que la IPS Demandante, demanda a COOMEVA EPS, por el presunto no pago, o pago deficiente de múltiples facturas derivadas de la prestación de servicios de salud, las cuales se enuncian en la demanda y se aportan al expediente.

Sin embargo, frente a este aspecto, el juzgado deberá tener presente que las facturas por prestación de servicios de salud, no se rigen por el código de Comercio, sino, por la legislación especial contenida en el Decreto 4747 de 2007 por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de la población a su cargo, y la Resolución 3047 de 2008 la cual reglamenta el decreto 4747. Así mismo la ley 1438 de 2011, la cual establece que, ante la no conciliación de las glosas en salud, el único competente para dirimir dicha situación es la Superintendencia Nacional de Salud.

Es decir, es obligación de las Entidades Responsables del Pago efectuar el pago de lo no glosado y por el contrario, se establece un trámite específico para el manejo de las glosas concluyéndose que ante el no acuerdo de las parte se acudiría ante la Superintendencia nacional de salud, dentro de su función jurisdiccional, la cual resolverá sobre la validez o no de la glosa efectuada.

Con lo anterior, es claro que los montos contenidos en las facturas glosadas y objetadas de ninguna manera pueden ser demandadas por vía de la jurisdicción ordinaria, especialidad civil por cuando no han sido aceptada por parte de COOMEVA EPS S.A.

En este sentido, le solicitamos al despacho que declare la falta de jurisdicción y competencia porque el ente encargado de conocer las objeciones o las discusiones que se presenten con relación a las facturas por prestación en los servicios de salud, es la Superintendencia Nacional de Salud, y no la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil.

En el evento en que el despacho considere que la Superintendencia de Salud no es la entidad competente para conocer del proceso deberá tener en cuenta que el artículo 2 numeral 4 del Código de Procedimiento laboral, consagra que los conflictos que surjan en virtud de la prestación de los servicios de la Seguridad Social entre sus diferentes intervinientes es de competencia de la especialidad laboral y de seguridad social.

En este caso, al tratarse de obligaciones dinerarias en razón a prestaciones de servicios de salud que se pretenden hacer valer con las pretensiones incoadas en el Libelo Demandatorio, deben ser elevadas al conocimiento, no de la especialidad civil, sino que, por el contrario, al tratarse de controversias tendientes a la prestación de servicios de la Seguridad Social, deben elevarse a conocimiento de la especialidad laboral.

Aunado a lo anterior, se refuerza más nuestra tesis en el sentido en que al no haberse configurado de manera adecuada la existencia de un Título Complejo, mismo que es requerido por la Ley para realizar los cobros de las obligaciones en razón a la prestación de servicios de salud, nos encontramos ante un Litigio que recae sobre aspectos únicos y exclusivos del Sistema de Seguridad Social, debido a que estos requerimientos adicionales, frente a los documentos que la norma taxativamente indica

deben acompañar las facturas de la prestación de servicios de salud no se predicen de otros asuntos diferentes que no sean de la Seguridad Social.

Como se anunció anteriormente, el documento que se pretende hacer valer como fundamento del presente Proceso Ejecutivo Singular, no reúne requisitos que le permita ser considerado como un Título Ejecutivo; razón por la cual, al suscitarse una controversia relativa a la prestación de Servicios de la Seguridad Social entre Entidades Administradoras, EPS y Prestadoras, IPS, configuran un tipo de controversia dirigidas a asuntos netamente de la Seguridad Social, mismas que por disposición expresa de la norma, son de competencia de la especialidad Laboral, motivo este por el cual, la demanda incoada ante su Despacho, no debió ser presentada ante los Juzgados Civiles del Circuito, sino que por el contrario en razón a las pretensiones de la Demanda, quienes debe conocer del Proceso son los Juzgados Laborales del Circuito, en atención a la norma del Código de Procedimiento Laboral inicialmente planteada, la cual, en su literalidad expresa lo siguiente:

**“ARTICULO 2o. COMPETENCIA GENERAL.** *La Jurisdicción Ordinaria, en sus especialidades laborales y de seguridad social conoce de:*

(...)

*4. Las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, salvo los de responsabilidad médica y los relacionados con contratos. (...)”*

De acuerdo a lo planteado, es evidente Señor Juez que el conocimiento de este tipo de Procesos no es atribuible a la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Civil, sino que, por el contrario, quien debe conocer de este asunto es finalmente el Juez Laboral, tal y como lo señala la norma.

#### **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).

#### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

- Constitución Política de Colombia
- Código General del Proceso
- Código de Comercio
- Código Sustantivo del Trabajo
- Código de Procedimiento Laboral
- Decreto 4747 de 2007
- Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social
- Anexo No. 5 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social

- Sentencia 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).
- Ley 1231 de 2008

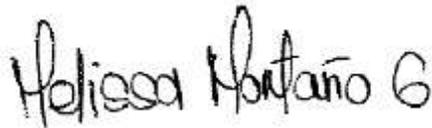
### NOTIFICACIONES

Carrera 70 no. 26 a – 10. Piso 5, Belén San Bernardo, Medellín, Colombia. Teléfono: 6044521 extensión 41001.

Apoderada Judicial. Teléfono fijo 604 45 21 Ext 41104, correo electrónico [melissa\\_montano@coomeva.com.co](mailto:melissa_montano@coomeva.com.co); [correoinstitucionalEPS@coomeva.com.co](mailto:correoinstitucionalEPS@coomeva.com.co)

Con el debido respeto, señor juez,

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Melissa Montano G".

**MELISSA MONTAÑO GIRALDO**  
**C.C. 1037237232**  
**T.P 279.026 DEL C.S DE LA J.**

---