



*Cartagena D. T y C, doce (12) de Enero de dos mil veintidós (2022)*

<b>PROCESO:</b>	EJECUTIVO
<b>ACCIONANTE:</b>	MEDICOL IPS SAS
<b>ACCIONADO:</b>	COOPERATIVA COOSALUD Y COOSALUD E.P.S. SA
<b>RADICADO:</b>	13001310300520190004700
<b>ASUNTO:</b>	FALLO

### I. CUESTIÓN

De conformidad con la posibilidad que ofrece el artículo 373 del C.G.P., procede el Juzgado a proferir sentencia escrita dentro del trámite del proceso EJECUTIVO promovido por MEDICOL IPS S.A.S. contra COOPERATIVA COOSALUD Y COOSALUD EPS S.A. .

### II. ANTECEDENTES:

#### 1.- PRETENSIONES.

MEDICOL IPS S.A.S. presentó demanda EJECUTIVA SINGULAR contra COOPERATIVA COOSALUD Y COOSALUD EPS S.A., a fin que se libere mandamiento de pago en su favor y contra la demandada por las sumas de dinero que se especifican en la demanda.

#### 2.- HECHOS:

Como fundamento de las pretensiones adujo, en síntesis, los siguientes hechos:

i.-) Que entre demandante y demandada se celebró contrato de prestación de servicios de salud que tenía por objeto la prestación de SERVICIO FARMACEUTICO por parte de la demandante a la población afiliada a la EPS COOSALUD en el departamento del Valle del Cauca.

ii.-) Que como contraprestación del servicio prestado por MEDICOL IPS, La EPS COOSALUD, se obligó a pagar el valor de los servicios prestados.

iii.-) Que mediante resolución 2427 de 2017, la Superintendencia Nacional de Salud, aprobó el plan de Reorganización Institucional – escisión, presentado por COOSALUD y la sociedad COOSALUD EPS S.A.



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.

---

iv.-) Que mediante oficio de 12 de Octubre de 2017 COOSALUD EPS S.A. ordenó a la ejecutante que facturara los servicios de salud prestados a los usuarios de la COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD hasta el 31 de Octubre de 2017; así también allí se manifestó que el contrato sería cedido a COOSALUD EPS S.A. y que los servicios prestados a partir del 1° de Noviembre de 2017 debían ser facturados a ésta última.

v.-) Que mediante acta de conciliación de cartera No. 804 de 15 de Noviembre de 2018, la demandada reconoció una cartera en favor de MEDICOL IPS de \$1.904.098.021, cual es la cifra que pretende cobrarse con la presente demanda, más los intereses respectivos generados.

vi.-) Que las obligaciones que se cobran se encuentran vencidas; reúnen los requisitos exigidos por el artículo 621 del C.G.P. y el artículo 3 de la ley 1231 de 2008; y, además fueron enviadas a COOSALUD en donde fueron debidamente reconocidas y conciliadas; pese a ello se encuentran sin cancelar.

vii.- Los títulos contienen una obligación clara, expresa y actualmente exigible.

### **3.- TRÁMITE DE INSTANCIA.**

Cumplidas las formalidades del reparto, el día 15 de Marzo de 2019 se libró mandamiento de pago en favor de la ejecutante y contra la parte ejecutada, a saber: COOPETRATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD y COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A., por concepto de facturas de ventas por valor de MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MILLONES TREINTA MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS (\$1.896.030.290) mas los intereses corrientes y moratorios correspondientes.

Notificada la parte demanda en debida forma, se pronuncia sobre la demanda así.



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.

---

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD se opone a las pretensiones de la demanda y propone las excepciones que denominó: “COBRO DE LO NO DEBIDO”; “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN”; “FALTA DE LA CAUSA POR ACTIVA Y POR PASIVA”; e “INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL” .

Llegado el momento procesal se dio inicio a la audiencia de que trata el artículo 372 del C.G.P. . Para el día 3 de Diciembre de 2021 se dispuso entonces continuar la audiencia de instrucción y juzgamiento, oportunidad en la que se dispuso el cierre del período probatorio y escuchar los alegatos de conclusión de las partes; luego de lo cual, en aplicación del inciso 3° del numeral 5° del artículo 373 del C.G.P., tras una breve exposición de sus fundamentos, se anunció el sentido del fallo que pasa a informarse previas las siguientes,

**CONSIDERACIONES**

Los presupuestos procesales para resolver de fondo la cuestión se encuentran satisfechos y ninguna causal de nulidad se observa que pueda afectar la validez de la actuación.

Independientemente de la especie del proceso ejecutivo de que trate, el desenlace de la ejecución puede obedecer al examen ligero o al no examen que el juez haga del documento aportado como título de recaudo ejecutivo; razón está por la que es importante la exigencia de que el referido documento efectivamente corresponda a lo que se entiende por título ejecutivo de acuerdo con la normas legales y las enseñanzas doctrinales jurisprudenciales del caso.

En ese sentido, como es sabido, el ordenamiento jurídico ha establecido un procedimiento específico y eficiente para lograr el pago de aquellas obligaciones “*expresas, claras y exigibles que consten en documentos que provengan del deudor o de su causante y constituyan plena pruebas contra él...*”. (art. 422 C.G.P.).



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.

---

Para el caso por tratarse del cobro de un título ejecutivo que cumple con los requerimientos de ley le corresponde al despacho acogerse a las pretensiones demandadas, máxime cuando tales requerimientos no logran ser desvirtuados a través de las excepciones de fondo propuestas por la parte ejecutada. Veamos porque:

Sea lo primero reconocer que resulta evidente la naturaleza de título valor que ostentan las facturas de prestación de servicios de salud que se han presentado como título de recaudo ejecutivo, y en ese entendido, al tratarse de facturas, para su ejecución, se sabe deben cumplir con los requisitos generales de incorporación, y los especiales, alusivos a que se trate del original, contentivo de los datos y constancias enunciadas en los artículos 621 y 774 del C. de Co. y 617 del Estatuto Tributario; sin que sea admisible exigir el cumplimiento de otros adicionales, pues, además de que de la lectura de la norma especial no se desprende semejante conclusión, lo cierto es que en virtud del inciso final del artículo 774 del Código de Comercio “[...] *la omisión de requisitos adicionales que establezcan normas distintas a las señaladas en el presente artículo, no afectará la calidad de título valor de las facturas*”.(...).

Acorde con lo anterior, la Superintendencia de Salud, mediante concepto 35471 de 2014, indicó que “[...] *las facturas libradas por los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 621 y 774 del C. de Co. (modificado por el art. 3 de la Ley 1231 de 2008) y 617 del Estatuto Tributario Nacional. [Y que], [e]n cuanto a la Acción con que cuenta el Prestador de Servicios de Salud que ha librado una o más facturas que no fueron glosadas ni devueltas por [la] Entidad Responsable del Pago dentro de los 30 días siguientes a su presentación, y respecto de las cuales no se ha registrado el pago, estableció el Código de Comercio la Acción cambiaria, la cual procede en los [casos previstos por el artículo 780 ibidem. [...] Y en ese orden, concluyó que] en caso de que no se verifique el pago dentro de los plazos establecidos por la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 4747 de 2007, se podrá realizar el cobro a la Entidad responsable del pago por vía judicial con base en las facturas – títulos valores, mediante el ejercicio de la acción cambiaria directa [...]*”.



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.

---

Para el caso que se revisa, el Juzgado encontró que las facturas acompañadas a la demanda cumplen con el lleno de requisitos legales, siendo la razón por la que encuentra ajustado el mandamiento de pago proferido en oportunidad y por la que ordenará a continuación que se siga adelante con la ejecución, conforme viene allí dispuesto.

Lo anterior, además por encontrar que las excepciones que la demanda denominaron “COBRO DE LO NO DEBIDO”; “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN”; “FALTA DE LA CAUSA POR ACTIVA Y POR PASIVA”; e “INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL”, no están llamadas a prosperar.

Recordemos que arguye la ejecutada que, de conformidad con las fechas de constitución de las facturas de venta que el ejecutante presenta como título ejecutivo para el cobro de entrega de medicamentos e insumos en el plan de beneficios que administra COOSALUD como entidad promotora de salud del régimen subsidiado, a quien corresponde asumir el pago es a la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA, puesto así lo dispone la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la que se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin coberturas en el plan obligatorio de salud, suministradas a los afiliados del régimen subsidiado. A partir de ello, y bajo ese mismo argumento, considera se configuran las excepciones de “COBRO DE LO NO DEBIDO”; “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN” y “FALTA DE LA CAUSA POR ACTIVA Y POR PASIVA”, dado que al no adeudar la demandada concepto alguno nos enfrentamos a una obligación inexistente, que no es de su resorte y no le debe ser reclamada; máxime cuando, a su juicio, no se aportó documento alguno que respaldara el cobro de la misma, ni se acreditara saldo pendiente.

Sin embargo, oportuno resulta, a fin de desatar el asunto, lo siguiente:

De conformidad con el artículo 49 de nuestra Constitución Política la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado. Es así que mediante la expedición de la Ley 100 de 1993 se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de la prestación del Servicio Público Esencial de Salud. Así entonces, como quiera que se trata



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.

---

de un servicio público, y, además, de un derecho fundamental (Ley 1751 de 2015) se encuentra especialmente regulado por el Estado, quien a través de sus distintas instituciones coordina, dirige y ejerce, inspección, vigilancia y control sobre el sistema.

El artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011 *“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*, prevé como uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud: la sostenibilidad, en virtud del cual, *“Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito”*. A partir de ello, los recursos del Sistema deben observar un flujo ágil y expedito que debe ser garantizado por el Estado, al punto de intervenir, inclusive, en la forma de facturar y pagar la prestación de servicios de salud.

Así, el legislador adoptó una serie de medidas a fin de preservar el flujo ágil y expedito de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En primera medida, encontramos el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, relativo al flujo y protección de los recursos del sector salud, el cual, a través de su literal (d), consagra: *“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; (...)”*



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.

Se tiene entonces que el legislador se encargó: i) de regular la contratación de servicios de salud; ii) regular su ejecución, de acuerdo con la modalidad de pago seleccionado por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; iii) asignó al Ministerio de Salud y Protección Social función de reglamentar la contratación y el trámite que se le debe imprimir a las facturas; iv) consagró la obligación del Gobierno Nacional de tomar *“todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del Sistema, utilizando de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos”*.

Esas medidas, es decir, aquellas referidas por el 13 de la Ley 1122 de 2007, fueron complementadas por los artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011. De esta forma, el artículo 56 de la citada Ley consagró:

*“Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007. El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN). Se prohíbe el establecimiento de la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios o cualquier práctica tendiente a impedir la recepción. Las entidades a que se refiere este artículo, deberán establecer mecanismos que permitan la facturación en línea de los servicios de salud, de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social. También se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud a través de correo certificado, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122 de 2007, sin perjuicio del cobro ejecutivo que podrán realizar los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud en caso de no cancelación de los recursos.”*

De este modo, se recalcó la obligación de las Entidades Promotoras de Salud de pagar los servicios de salud suministrados por las Instituciones Prestadoras de Salud, dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes establecidos en la Ley 1122 de 2007 y en el Reglamento que para el efecto haya proferido el Gobierno Nacional. Adicionalmente, se



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.

---

sancionó la mora en el pago de los servicios de salud, obligándose a la E.P.S. deudora a reconocer y pagar intereses moratorios, liquidados según la tasa establecida para los impuestos administrados por la DIAN. Lo que hace más gravoso estar incurso en mora.

El artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, por su parte, contiene el trámite que debe imprimirse a las facturas por concepto de prestación de servicios de salud. De esta forma, la norma dispone:

*“Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) 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 la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

*El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.*

*Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.*

*Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.*

*Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la*



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.

*facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.*

*El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.”*

A partir de ello sabemos: a.-) que una vez presentada la factura por los servicios de salud prestados, las entidades responsables del pago cuentan con veinte (20) días hábiles para formular y comunicar a los Prestadores de Servicios de Salud las glosas respectivas, teniendo en cuenta para ello la codificación establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, en virtud de la cual se definen 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; b.-) que una vez formuladas las glosas a una factura, sobre ésta no se podrán formular nuevas glosas, salvo que surjan de hechos nuevos, detectados en la respuesta dada a la glosa inicial; c.-) que recibidas las glosas, el prestador de salud cuenta con quince (15) días hábiles para dar respuesta a las mismas, para lo cual deberá manifestar si acepta la glosa o justificar la no aceptación; d.-) que la respuesta a las glosas, formulada por el prestador de servicios de salud, la Entidad Responsable del Pago tiene diez (10) días hábiles para decidir si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas; e.-) que cumplidos los quince (15) días hábiles para dar respuesta a las glosas elevadas por la entidad responsable del pago, el prestador de salud tiene la posibilidad, si así lo considera, de subsanar las glosas no levantadas, caso en el cual contará con siete (7) días hábiles para realizar la subsanación correspondiente, y, en consecuencia, enviar nuevamente las respectivas facturas a la entidad responsable del pago; d.-) que la entidad responsable del pago se encuentra en la obligación de informar el prestador de servicios de salud la justificación de las glosas y su proporción, respecto de aquellas que no fueron levantadas, dentro del término de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta dada por el prestador de servicios de salud a las glosas formuladas inicialmente; e.-) que los valores de las glosas levantadas, ya sea total o parcialmente, deberán ser pagados dentro de los cinco (5) días siguientes a



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.

---

su levantamiento; f.-) que vencidos los términos previstos anteriormente, y en caso de que persiste el desacuerdo, el prestador de servicios de salud podrá, a su elección, acudir a la Superintendencia Nacional de Salud, para que, ya en ejercicio de la facultad de conciliación o de la función jurisdiccional de la cual es titular, dirima el conflicto suscitado.

Bajo los anteriores presupuestos tenemos, como acertadamente lo alega el apoderado de la parte ejecutante en sus alegatos de conclusión, que la facturación entre las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud se encuentra reglada, por un lado, por el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, y, por otro, por los artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011, sin perjuicio de las disposiciones comerciales y tributarias aplicables; siendo a partir de dicha reglamentación que puede corroborarse la legitimación de que disponía MEDICOL IPS SAS para procurar el pago de la ejecutada y no de la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca, en la medida que la IPS ejecutante presentó en debida forma las facturas con los soportes correspondientes, mismas facturas aceptadas por la ejecutada, quien permitió que precluyera el término de 20 días dispuesto por el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 – antes referido – sin procurar de modo alguno glosar las facturas presentadas como título de recaudo, en la forma y por los conceptos previstos en el Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 (ARTÍCULO 14. MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS). De esa manera no efectuada su devolución, no formuladas las glosas y al no permitirse en consecuencia que las facturas se presentaran nuevamente o se corrigieran, se entiende entonces, a luz de la legislación referenciada, las mismas se tienen por aceptadas y debe por tanto procederse con su pago.

Además, tampoco implican un pago de lo no debido por cuanto la Resolución No 1074 de 2015 expedida por la Gobernación del Valle del Cauca establece precisamente un mecanismo para efectuar el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el plan obligatorio de salud suministrado a los usuarios de dicho departamento, incluyendo aquellos que sean objeto de fallo judicial, así: *“TITULO II GARANTIA DE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS NO CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD*



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.

**ARTICULO CUARTO:** *Garantía del suministro de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS. Mediante el presente acto administrativo se adopta el modelo establecido en el Título II Capítulo II artículos 9 y 10 de la Resolución 1479 de 2015.*

**ARTICULO QUINTO:** *Prestación de servicios. La atención de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el POS que sea ofertado por las Empresas Sociales del Estado y/o IPS con las cuales la Secretaria de Salud del Valle del Cauca tenga contratado el servicio, deberá prestarla previa autorización del CTC de la respectiva EPS, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Resolución 5395 de 2013 o por orden de autoridad judicial y gestionar su pago ante el Departamento del Valle del Cauca Secretaria Departamental de Salud, en los términos y condiciones previstos en el contrato de prestación de servicios. Cuando se trate de una urgencia la autorización del CTC será posterior.*

**ARTÍCULO SEXTO:** *Comités Técnico Científicos. Los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrados a los afiliados al Régimen Subsidiado, serán autorizados por el CTC de las Entidades Promotoras de Salud EPS, conformado de acuerdo al Título II de la Resolución 5395 de 2013.*

**Parágrafo:** *Un representante de la Secretaria de Salud del Valle de Cauca, designado por el Secretario del Ente Territorial, participará en todas las sesiones de los Comités Técnico Científicos con voz y sin voto. Para el efecto, el Departamento deberá ser en todo caso convocado, sin perjuicio de la obligación de remitirle acta del Comité Técnico.*

**Parágrafo segundo:** *En aquellos casos donde se emita un fallo judicial a nombre de la EPS subsidiada para el cubrimiento de un servicio y/o tecnología sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, la EPS cancelará dicho servicio a la IPS correspondiente y recobrará el valor al Departamento del Valle del Cauca, teniendo en cuenta los requisitos establecidos en el presente artículo.*

*Cuando se requiera de la disposición de recursos financieros inmediatos para la adquisición de servicios y/o tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud - POS, aquellos de difícil consecución y los que requieran ser*



JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.

---

importados, la EPS cancelará dichos servicios a la IPS correspondiente y recobrará el valor al Departamento del Valle del Cauca, teniendo en cuenta los requisitos establecidos en el presente artículo”

Se reitera entonces, que a partir de lo expuesto no están llamadas a prosperar las excepciones de “COBRO DE LO NO DEBIDO”; “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN” y “FALTA DE LA CAUSA POR ACTIVA Y POR PASIVA” propuestas por la parte demandada.

Finalmente, en cuanto a la excepción de “INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL”, apropiado resulta recordar que es un asunto que viene definido dentro de la actuación, cuando se resolvió recurso de reposición contra la providencia que decretó medidas cautelares, por lo que no aunque no es del caso volver a su estudio, no está de más recordar que se ha proveído suficiente jurisprudencia en torno al tema, en la que se ha concluido que resulta razonable que los dineros de COOSALUD EPS-S - girados del SGP-, puedan ser embargados cuando la medida cautelar pretende garantizar el pago de obligaciones contenidas en títulos ejecutivos emitidos, precisamente, en razón de los servicios de idéntica naturaleza prestados a los afiliados del sistema de seguridad social vinculados a la EPS-S. Por tanto es una excepción que tampoco esta llamada a prosperar; disponiendo en consecuencia seguir adelante la ejecución tal como se había ordenado en el mandamiento de pago al cual se hizo referencia.

Así, en mérito de lo expuesto, el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Cartagena, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

**RESUELVE**

**PRIMERO:** Declarar no probadas las excepciones de mérito propuestas por la parte ejecutada y denominadas “COBRO DE LO NO DEBIDO”; “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN”; “FALTA DE LA CAUSA POR ACTIVA Y POR PASIVA” e “INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL”, propuestas por la parte demandada, por las razones expuestas en la parte motiva de ésta providencia.



**SEGUNDO:** Siga Adelante la presente ejecución tal como fue decretada en el mandamiento ejecutivo a que se hizo referencia en la parte considerativa de este fallo.

**TERCERO:** Requiérase a la parte demandante para que presenten la liquidación del crédito.

**CUARTO:** Condenar en costas a cargo de la parte ejecutada, Fíjense agencias en derecho en suma equivalente a 5% del valor de la suma de dinero determinada a pagar.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**SERGIO RAFAEL ALVARINO HERRERA**

**JUEZ**