

Señores

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva

Sala Segunda Civil Familia Laboral

Magistrada Sustanciadora: Luz Dary Ortega Ortiz

Proceso: Ejecutivo Singular

Radicación: 410013103004**20210025802**

Demandantes: Clínica Uros S.A. y Acumuladas

Demandada: La Previsora S.A. Compañía de Seguros

Procedencia: Juzgado (4º) Cuarto Civil del Circuito de Neiva

Asunto: SUSTENTACIÓN DE APELACIÓN DE SENTENCIA

PABLO EMILIO FETECUA MONTAÑA, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá D.C. identificado con la cédula de ciudadanía número 80.722.295 de Bogotá, abogado en ejercicio portador de la tarjeta profesional número 288.576 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderado de la demandada **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, entidad aseguradora con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, encontrándome dentro del término legal, por medio del presente me permito sustentar el recurso de apelación elevado contra el fallo proferido el día (9) nueve de noviembre del 2022, de conformidad con el Artículo 322 del Código General del Proceso:

HECHOS RELEVANTES DEL PROCESO

La presente demanda ejecutiva versó, sobre el cobro ejecutivo de facturas presentadas a la parte demandada (Principal y acumuladas) con ocasión a la prestación de servicios en salud a pacientes víctimas de accidentes de tránsito SOAT.

Las facturas presentadas para cobro ejecutivo reposaron en una demanda principal y sus acumulaciones sobre las cuales se libró mandamientos de pago, mismos que fueron notificados a la parte demanda y sobre los cuales se realizaron las respectivas replicas por la parte pasiva.

Frente al cobro ejecutivo, la parte demandada procedió a contestar las demandas pronunciándose sobre los hechos en los cuales se encaminaron las acciones ejecutivas, posteriormente en mismo escrito, se presentaron las respectivas excepciones de mérito y por último se aportaron las pruebas documentales en las se acreditaban los pagos que se habían realizados a las facturas ejecutadas entre otros.

Mediante audiencia del (9) nueve de noviembre de 2022, el Juzgado primera instancia profiere fallo en el cual, en su parte resolutive, ordena seguir adelante la ejecución

RESUELVE FALLO

*En mérito de lo expuesto el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de la Ciudad de Neiva, Administrando Justicia en Nombre de la República de Colombia y por Autoridad de la Ley, Resuelve: **PRIMERO: ADMITIR** la excepción de pago parcial respecto de las elaboraciones que se hicieron con las facturas aquí enseñadas por la parte pasiva en la cual se nos acredita que efectivamente si se ha dado cumplimiento a cumplir imperfectamente el pago de lo aquí demandado **SEGUNDO: ORDENAR** seguir adelante la ejecución con fundamento en lo prescrito en la parte motiva de esta providencia más los intereses que de conformidad con la ley puedan ser reconocidos a la parte actora. **TERCERO: CONDENASE** en costas a la parte pasiva, liquidense por haber prosperado la excepción previa en el 2% de la suma que aquí se demanda, es decir que se reconocerá un valor de Veinte Millones de pesos (\$20.000.000), **ORDENASE** el embargo y secuestro de los bienes que pudieran demandarse por parte de la parte actora respecto de su contradictora. **CUARTO:** En firme esta providencia y cumplida todas las actuaciones se ordenará el archivo de este proceso.*

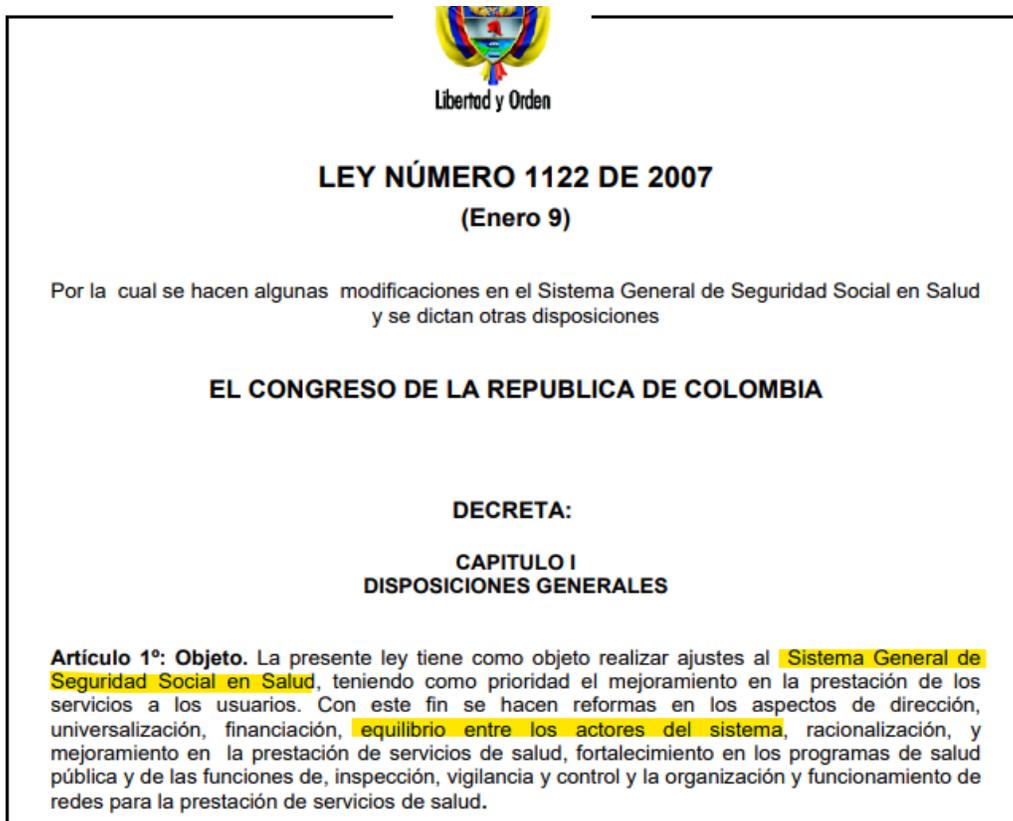
FUNDAMENTOS DE LA APELACIÓN

Respetuosamente me dirijo a los Honorables Magistrados para sustentar el Recurso de Apelación interpuesto contra la sentencia de primera instancia, desarrollando los argumentos de inconformidad sobre la misma, que expuse ante el A quo, de la siguiente manera:

1. INDEBIDA APLICACIÓN NORMATIVA

Se debe indicar que en la motivación del fallo el juez de Primer instancia, erro frente al reconocimiento de las facturas SOAT como un título ejecutivo, toda vez que como se pasa a exponer estas por si solas no prestaban merito ejecutivo por no cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 472 del Código General del proceso, al no ser claros expresos y actualmente exigibles, pues se trata de títulos ejecutivos complejos.

Las facturas presentadas para ejecución dentro de este proceso deben ser estudiadas bajo la luz de la normatividad aplicable a las sub cuentas SOAT, al respecto, el Juez profirió su fallo atendiendo a la ley 1122 de 2007, la cual en su objeto establece



Como se puede observar, la ley 1122, está dirigida al Sistema General De Seguridad Social En Salud siendo estos los que desarrolla la ley en sus 46 artículos, y en los que no se hace relación o se enuncia obligación, carga o vinculo alguno respecto de las aseguradoras.

Ahora bien, el fallo de primera instancia resuelve dar aplicación dentro del presente proceso al artículo 13 numeral D de la precitada Ley 1122 DE 2007, el cual indica:

“Artículo 13º: 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.”* (negrilla propia)

La anterior norma presenta dos características puntuales, primero, que está dirigida a “**Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes**” y segundo que el pago correspondiente al 50% **NO** obedece a la validación o no de la glosa, sino al tipo de contrato que se tenga.

Claramente esta Ley excluye tácitamente a las aseguradoras u otros responsables de pagos de su esfera de aplicación, pues la aseguradora no tiene carácter de entidad promotora de salud EPS que es a quien se dirige el literal D de la referida ley 1122 de 2007.

Desde la presentación de las exceptivas y en los interrogatorios de parte se le ha manifestado al Despacho la normatividad especial que rige y debe ser aplicada al presente proceso la cual ha sido desconocida en el fallo proferido al momento de realizar la respectiva motivación, las normas aplicables para el presente caso y que fueron omitidas en la sentencia son la ley 1438 del 19 de enero de 2007, artículo 57, Decreto 441 de 2022 y el manual único de glosas anexo técnico N° 6, entre otros, como se pasa a explicar.

Partiendo inicialmente con el objeto de la Ley 1438 de 2011, norma que está dirigida al trámite de pagos de la subcuenta SOAT, se logra evidenciar que efectivamente está dirigida a las instituciones vinculadas a la prestación del servicio de salud y su pago:

LEY No. 1438

19 ENE 2011

"POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

**El Congreso de Colombia
DECRETA:**

**TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES.**

ARTÍCULO 1º. OBJETO DE LA LEY. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

ARTÍCULO 2º. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Estos indicadores estarán basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán:

Ahora bien, al realizar un estudio minucioso de la presente ley se puede evidenciar en los artículos 42, 57, 121, 135, 143 están dirigidos al sistema asegurador y a la subcuenta SOAT, en cuanto a su

otorgamiento en seguros, la ejecución de la póliza y el pago de la misma, en caso de atención a pacientes víctimas de accidentes de tránsito SOAT.

Particularmente y para el caso en comento el artículo 57 de la ley 1438 de 2011, establece los tiempos, con los que cuentan las entidades responsables del pago de servicios en salud, (Aseguradoras) y los prestadores del servicio, para tramitar y resolver las glosas respecto de las facturas y los anexos presentados y así derivar de ellas su aceptación o no y como consecuencia de ello la exigibilidad del pago.

ARTÍCULO 57°. TRÁMITE DE GLOSAS. 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 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.

Es necesario ponderar la necesidad de aplicación de la ley 1438 artículo 57 y el decreto 441 entre otras, sobre ley 2211 de 2007¹, dado que a la luz del criterio de aplicación de una norma se debe tener en cuenta el criterio de especialidad, siendo claro que para el caso que nos ocupa además esta prevalencia, se da en razón a que aquellas disposiciones son norma especial, pues se encuentra contenidas dentro de una norma que regula concretamente la competencia sobre los tramites de facturación SOAT.

Citada la anterior normatividad y expuesta la misma respecto del por qué debe ser aplicada para el caso en concreto, pasaremos a indicar por qué debe ser revocado el fallo de primera instancia por desconocer los principios rectores del trámite de facturación.

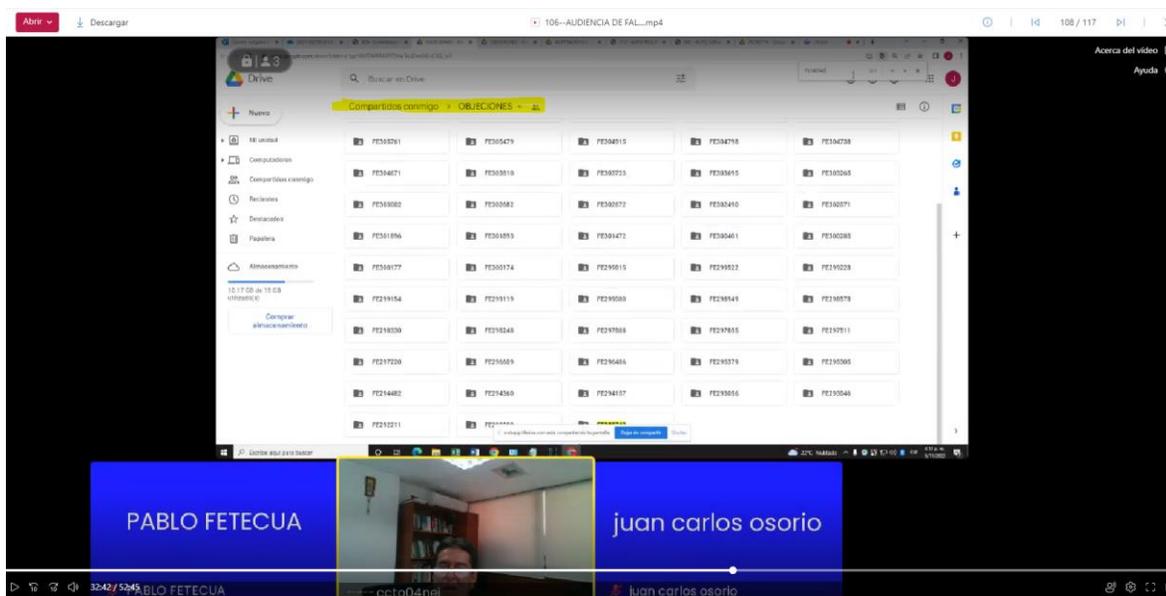
Los Artículos 772 y 773 Del Código de Comercio indican tres parámetros fundamentales para que una factura preste merito ejecutivo (1) Que la Factura sea librada y radicada (2) el tiempo con el que cuentan las partes, tanto vendedor como comprador para realizar sus manifestaciones de no conformidad respecto a lo cobrado y (3) la aceptación o no de la factura o su objeción.

Los tres parámetros indicados anteriormente se respetan en el trámite de las facturas por cobro de la prestación de servicios de salud a pacientes victimas de accidentes de tránsito, pero con ampliación de los términos, al tratarse de una subcuenta especial que requiere disposiciones particulares, puesto que no es lo mismo el pago de una factura corriente a la acreditación de la ocurrencia de un siniestro para afectar una póliza SOAT.

Respecto a la factura librada y radicada esta se encuentra probada con el sello de recibido de la

¹ Norma a la cual acude el Despacho para motivar la sentencia, visible en los minutos 20:11 del fallo de fecha nueve (09) de noviembre de 2022

Aseguradora, cumpliendo así el primer parámetro, sin embargo, respecto segundo parámetro, a saber el tiempo con que cuentan las partes tanto la entidad prestadora de servicios de salud como la aseguradora, se debe tener en cuenta lo ya mencionado en el artículo 57 de la ley 1438 de 2011, en el cual concede a la segunda el término de 20 días hábiles a fin de presentar la glosa, como se encuentra probado en el expediente, y visto mas no estudiado por el Juez de primera instancia.



Visto lo anterior, es preciso indicar que en el curso de la audiencia el Despacho accedió a los soportes documentales de las glosas probando así que la parte responsable del pago cumplió con la carga probatoria de acreditar el cumplimiento de la radicación de las glosas bajo los criterios e indicaciones que dispone el artículo 57 de la ley 1438 de 2011.

Lo omitido en este fallo por el Juez de primera instancia fue establecer si se cumplía con la carga probatoria por parte del prestador de servicios de salud CLINICA UROS Y REINA ISABEL de subsanar o dar respuesta a las glosas propuestas por la aseguradora, para que la factura se clasificara como IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA y así prestara merito ejecutivo, cumpliendo finalmente con el tercer parámetro indicado.

Visto lo anterior, no precisa la Ley 1438 de 2011 la necesidad del pago de un porcentaje del 50% de la factura para que sea reconocida la glosa, como equivocadamente lo motivo el Juez de primera instancia en su fallo, por desarrollo erróneo de una norma que corresponde a otro ámbito de

aplicación, como lo es la Ley 2211 de 2007.

Contrario sensu, la carga del Juez dentro del presente proceso era establecer si se cumplió por parte de la demandante la carga de subsanar las glosas propuestas por la Aseguradora y de ahí partir a reconocer la exigibilidad o no de las facturas descritas en el proceso de la referencia, situación que no ocurrió, aunado que tampoco se revisó si al transcurrir de las glosas y de ser el caso las respuestas de las mismas, se expuso el desacuerdo de las no conformidades ante la Superintendencia Nacional De Salud, como lo indica el ampliamente citado artículo 57 en el inciso 5.

Igualmente, el Despacho en su fallo desconoció que la existencia de las glosas frente a las facturas ejecutables de conformidad con el anexo técnico Número 6 del manual único de glosas, devoluciones y respuestas, afecta directamente el valor de la factura presentada por el prestador de servicio de salud.

ANEXO TÉCNICO No. 6
MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS
UNIFICACION
Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009

DEFINICIONES

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

Basta entonces con cuestionarse si irremediablemente de cualquier radicación de facturas emerge una obligación dineraria directa e irrevocable a cargo asegurador, pues visto el fallo de primera instancia se está prescindiendo de las características esenciales de generación, tiempo y aceptación de las facturas, obviando la oportunidad y el valor que se debe dar al tiempo con que cuenta la demandada de estar en desacuerdo con cobros que se presentan contrarios a las coberturas y amparos de las pólizas SOAT.

Concluyendo así lo anterior, el Juez de primera instancia motivo su fallo en una norma no aplicable para el caso, desconoció lo establecido en la ley 1438 de 2011 artículo 57, decreto 056 de 2015 y

decreto 441 entre otras, vulneró claramente el debido proceso de la Previsora S,A, Compañía de Seguros, al desconocerle el Derecho que esta tenía a que fuera la parte demandante quien probara que efectivamente ha cumplido su obligación de subsanar las inconsistencias cobradas en las facturas aquí ejecutadas, que impedían prestar merito ejecutivo, puesto que de ellas no deriva exigibilidad.

2. ACEPTACION DE LAS FACTURAS EJECUTADAS POR PARTE DEL DEMANDANTE LAS CUALES NO DABAN LUGAR A EJECUCION.

Como se expuso ampliamente en la sustentación del numeral anterior, el Despacho desconocido la norma aplicable y los trámites especiales para el presente proceso.

Al proferirse la ley 1438 de 2011 y puntualmente su artículo 57, el legislador buscó regular un equilibrio para las partes, en el cual se pusiera en conocimiento entre ellas las observaciones o inconformidades respecto a las prestaciones de los servicios y el cobro de los mismos, para esto otorgo una serie de tiempos los cuales deben ser respetados por las partes so pena de tener por aceptadas las manifestaciones de su contrario.

Sabio fue al legislador al evidenciar que tal vez aun cuando concedía un término para que las partes se pusieran de acuerdo sobre sus desacuerdos, este fin tal vez no se cumpliría, por lo que en la norma citada, de manera expresa en su inciso 5º ordena a los vinculados acudir a la Superintendencia Nacional de Salud, para que sea esta quien dirima la controversia teniendo en cuenta sus conocimientos y aplicaciones técnicas respecto de los procedimientos técnicos cobrados y si se ajustan a la atención presentada a los pacientes victimas de accidentes de tránsito SOAT.

Si bien la citada norma no estipula expresamente que consecuencia tendría la parte que no cumpliera con el pronunciamiento frente a la inconformidad, puesta en conocimiento, obviamente esta se tendría por aceptada, tan así es que a partir del mes de marzo de 2022 mediante el decreto 441, el Ministerio de Salud y protección social en el artículo 2.2.3.4.4.2, ratifica, esta vez de forma expresa que **“La aceptación de las glosas por parte del prestador de servicios de salud ocurre (...) de forma tácita, si transcurridos los plazos previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el**

prestador de servicios de salud no se pronuncia respecto de las glosas formuladas.”.

Así las cosas, el fallo de primera instancia proferido por el Juez Cuarto Civil del Circuito de Neiva desconocido que los demandantes (Principal y acumuladas) al no haber probado dentro del proceso que se subsanaron en tiempo las glosas propuestas por la aseguradora, incurrieron en una ACEPTACION TÀCITA de las inconformidades, dando lugar a la inexigibilidad de las facturas previstas en el trámite ejecutivo para su cobro, pues la ejecución se encuentra afectada de conformidad con el anexo técnico N° 6² anteriormente citado.

El fallo de primera instancia desconoció abierta y abruptamente el cumplimiento ajustado a la norma que realizó la aseguradora, al estudiar las facturas y sus anexos, al presentar glosas ante la demandante, cuando el cobro no se ajusta a la codificación por concepto general y específico que ampara el trámite de las glosas; aun así, posteriormente la aseguradora, procede a recaudar toda la documental y acreditarla al Despacho, a fin de hacer evidente la inexigibilidad de las facturas, por aceptación tácita de la glosa frente al silencio guardado.

Por lo anterior se debe tener en cuenta que las glosas fueron aceptadas tácitamente por los demandantes toda vez que revisado el plenario no se evidencia en la demanda principal y sus acumuladas que los mismos hayan realizado manifestación alguna o hubieran probado por medio de documental al proceso pronunciamiento alguno sobre las glosas propuestas por la Previsora S.A. Compañía de seguros, por lo que debe ser revocado el fallo.

3. INDEBIDA VALORACION PROBATORIA

La presente inconformidad se evidencia en el fallo proferido en primera instancia, cuando el Juez abiertamente desconoce las aceptaciones a las glosas realizadas por la aseguradora a los demandantes. De manera errada durante la audiencia al momento de evaluar las aceptaciones, se

² ANEXO TÉCNICO No. 6 MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS UNIFICACION Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009 DEFINICIONES Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

obvia hacer una adecuada revisión e interpretación de lo que significa dicha figura de aceptación.

Al respecto se debe decir que la aceptación realizada por los prestadores de servicios de salud a las glosas que presenta la aseguradora se surte a través de reuniones de aclaración de cuentas en las que se presentan las partes que difieren en los montos facturados. De las precitadas reuniones se obtienen resultados de aceptación, que exoneran a la aseguradora de algún tipo de pago³.

Como se probó en el proceso mediante las actas de aclaración de cuentas y se expone a continuación

CARTERA PREVISORA SEGUROS - GRUPO MOK
ACTA DE ACLARACIÓN DE CUENTAS
ACTA N° PREV-2021-1091

1. INFORMACIÓN ENTIDAD

NT	813 011 377-4
NOMBRE	CLINICA UROS LTDA
CIUDAD	BOGOTÁ D.C.

2. INFORMACIÓN REUNIÓN

LUGAR	GRUPO MOK COLOMBIA S.A.S	HORA	07:00pm - 04:30pm	CIUDAD	BOGOTÁ
FECHA	17.10.19.23.24.25.26.29.30 y 31 de marzo 03.04.20.05.06.10.13 y 14 de abril de 2021	MODALIDAD	Presencial	TUULA	Virtual

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO

POR LA IPS	NOMBRE	Beatriz Yanely Restrepo	POR LA FIRMA AUDITORIA DE CUENTAS	NOMBRE	Dra. Cecilia Moreno
	CARGO	Médica Auditor		CARGO	Directora Médica
POR PREVISORA S.A.	NOMBRE	Dra. Sandra Patricia Pedraza Velasco	POR LA FIRMA AUDITORIA DE CUENTAS	NOMBRE	Viviana Romal C.
	CARGO	GERENTE DE INDEMNIZACIONES SOAT, VIDA Y AP		CARGO	Jefe de Cartera y Ciudad BPO (E)

3. RESUMEN ACUERDOS

1. Dentro del proceso de aclaración de cuentas realizado con la entidad hospitalaria y/o el profesional de la salud, se llegaron a diferentes acuerdos los cuales se incluyen de manera detallada dentro del anexo adjunto a esta acta. En resumen dentro de la reunión se definió lo siguiente:

CONCEPTO	CANT. FACTURA	VALOR FACTURAS
Valor aceptado por la IPS	401	\$ 179.239.335
Valor a reconocer por la compañía - pertinencia médica	444	\$ 177.359.572
Valor a reconocer por la compañía - arrendaje sillas	27	\$ 6.324.549
Valor no aceptado por la compañía	214	\$ 3.25.286.974
Valor no aceptado por falta de soporte	63	\$ 137.487.743
Valor no aceptado por situaciones presentadas por la IPS	-	\$ -
TOTAL REVISADO PROCESO	682	\$ 820.414.924

2. Las facturas soportadas por la entidad/profesional de la salud, así como las pendientes por trámite por la compañía, estarán sujetas a prescripción, agotamiento de cobertura y caritas.

3. Una vez cancelado el valor reconocido por la compañía de acuerdo con el cuadro anterior, la entidad/profesional de la salud declara que La Previsora S.A. Compañía de Seguros, se encuentra a Paz y Salvo por todo concepto correspondiente a las facturas relacionadas y expresamente manifiesta que no realizará ninguna reclamación judicial y/o extrajudicial por éstas.

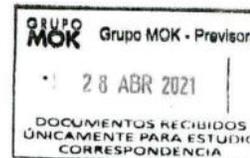
4. En el caso en el que la reunión sea vía Skype, la entidad/profesional de la salud deberá enviar el acta debidamente firmada y los soportes, en no más de cinco (5) días posteriores a la fecha de realización de la reunión, esto con el fin de garantizar el trámite de la misma, dentro de los tiempos definidos por la compañía para su pago.

4. FIRMAS REPRESENTANTE DE LA IPS/PROFESIONAL DE LA SALUD, PREVISORA S.A Y FIRMA DE AUDITORIA DE CUENTAS

FIRMA		FIRMA	
NOMBRE	María Claya Orozco	NOMBRE	Dra. Sandra Patricia Pedraza Velasco
CARGO	Auditor Médico	CARGO	GERENTE DE INDEMNIZACIONES SOAT, VIDA Y AP
COMPANÍA	GRUPO MOK COLOMBIA S.A.S	COMPANÍA	LA PREVISORA S.A
FIRMA		FIRMA	
NOMBRE	Beatriz Yanely Restrepo	NOMBRE	Dra. Cecilia Moreno
CARGO	Médica Auditor	CARGO	Directora Médica
IPS	CLINICA UROS LTDA	COMPANÍA	GRUPO MOK COLOMBIA S.A.S
FIRMA		FIRMA	
NOMBRE	Viviana Romal C.	NOMBRE	Viviana Romal C.
CARGO	Jefe de Cartera y Ciudad BPO (E)	CARGO	Jefe de Cartera y Ciudad BPO (E)
COMPANÍA	GRUPO MOK COLOMBIA S.A.S	COMPANÍA	GRUPO MOK COLOMBIA S.A.S



LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS
Asunto: 193 - DOCUMENTOS DE INDEMNIZACION
Fecha de radicado: 4/28/2021 11:06:45 AM Destino: 531
No. radicado: 2021-CR-017384-0000-01 Folios: 810



³ Según el anexo técnico N° 6 la codificación numeral 9° "respuestas a Glosas y Devoluciones" Código 997 y 998, aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100% o parcialmente.

ACTA DE ACLARACION DE CUENTAS ACTA N°PREV-2021-091											
Fecha		17, 18, 23, 24, 26, 29, 30 y 31 de marzo 05 06 07 08 09 12 13 y 14 de abril de 2021				Ciudad		BOGOTÁ D.C.			
IPS		CLINICA URSO LTDA				NIT		813 011 974			
PERSONAS QUE INTERVIENEN											
Dra. Sandra Patricia Piedra Velasco					Beatriz Yance Restrepo						
GERENTE DE COORDINACIONES SGA, VOS y AP					Medica Auditora						
La Promotora		Dra. Claudia Moreno Marta Olga Gonzalez Viviana Bernal C				IPS					
GRUPO MOK		Dra. Claudia Moreno Marta Olga Gonzalez Viviana Bernal C				IPS					
GRUPO MOK		Dra. Claudia Moreno Marta Olga Gonzalez Viviana Bernal C				IPS					
A405		FE296926		VALOR ACEPTADO POR LA IPS		8.477					
No FACTURA	VALOR FACTURA	RADICADO	Res. GRUPO MOK	OBSERVACION	VALOR A RECONOCER	VALOR A RECONOCER POR LA COMPAÑIA	VALOR ACEPTADO POR LA IPS	VALOR NO ACORDADO OTROS CONCEPTOS	VALOR NO ACORDADO POR FALTA DE SOPORTES	VALOR NO ACORDADO POR SITUACIONES PRESENTADAS POR LA IPS	OBSERVACIONES GENERADAS CON OCASION DE LA REUNION
FE296926	8477	R/20201803781	20216992	OBJECCION PARCIAL RATIFICADA de acuerdo a resolución emitida el 05/03/2021, donde se ordena que se reconozcan en las mismas que se debían reconocer por el Grupo de Salud (GSD) en registro de administración del mismo modo se aplica objeción por el concepto E5432 no perteneciente de acuerdo a indicaciones del medicamento.	8477		8477				Entidad emite objeción por solución salina por valor de 5025 pesos en concepto de no ser un registro de enfermería. Entidad emite objeción por concepto E5432 por valor de 3452 pesos en justificación de su ser un soporte de historia clínica.



Como se evidencia, la factura FE296926, por valor de \$8.477, fue objeto de aclaración de cuentas entre las partes, en reunión de fecha 17 al 31 de marzo y del 05 al 14 de abril, sesiones en las que entre otras se acordó que dicha glosa por dicho valor era ACEPTADO POR LA IPS, por la falta de justificación en este caso del uso de “solución salina” y “omeprazol”; lo que consecuentemente deviene en la exoneración del pago a la aseguradora, situación reconocida y avalada por la Doctora Beatriz Yance Restrepo, medica auditora de la IPS, quien firma el acta mencionada.

El Juez de primera instancia claramente demostró dentro del fallo el desconocimiento de esta “aceptación de glosas” como se evidencia en la audiencia⁴ objeto del presente recurso de alzada, cuando procede a estudiar una aceptación de glosa por parte de la IPS y posteriormente de manera equivocada e injustificada procede a buscar la transferencia o pago que según el Despacho debía hacer la aseguradora sobre esta aceptación, sin entender que el valor aceptado esta en cabeza de la IPS , lo cual exonera de dicho pago a la aseguradora, bastaba entonces con la lectura de las observaciones dispuestas en la misma acta para comprender que la entidad IPS reconocía que los cobros efectuados no correspondían.

Es claro que contrario a lo que indico el fallo, las aceptaciones de las glosas deben ser tenidas en cuenta como un reconocimiento del cual queda exonerada la aseguradora de pagar a la parte demandante toda vez que fue probado dentro del plenario como se observa en el link digital en las diferentes capetas de aceptaciones (una por cada demanda) que la parte demandante desiste a través de esta figura de continuar persiguiendo el cobro por montos que según auditoria no corresponden.

Ahora bien, la misma situación se presenta con las glosas de las facturas propuestas, cuando el fallador repite la situación descrita anteriormente⁵, puesto que pasa por alto la revisión del

⁴ Minuto 28:43 récord de audiencia fallo

⁵ A minuto 32:48 del fallo cuando el Despacho comparte en pantalla una gran cantidad de pruebas que acreditan las objeciones de la factura FE288742, las cuales sin razón alguna no fueron objeto ni de pronunciamiento ni de análisis,

contenido y el trámite de las glosas presentadas y en el marco de la audiencia no logra condensar los soportes de las glosas con la excepción planteada y la aplicación al caso concreto.

Para concluir es claro que el Despacho al momento de proferir el fallo, no motiva su sentencia de manera conjunta, homogénea y clara respecto de la Ley aplicable, las pruebas aportadas, las cargas a cumplir por cada una de las partes del proceso según la ley aplicable y la subsunción al caso concreto, por lo que el fallo debe ser revocado, declarando prosperas las excepciones de inexistencia de la obligación, glosas totales y parciales aceptación de glosas por parte de la IPS, pagos parciales y pagos totales .

SOLICITUD

1. Por lo señalado, comedidamente solicito a los Honorables Magistrados se sirvan REVOCAR el fallo apelado y en su lugar se declaren probadas las excepciones de inexistencia de la obligación, glosas totales y parciales aceptación de glosas por parte de la IPS, pagos parciales y pagos totales
2. Se condene en costas a la parte demandante, tanto en demanda principal como en acumuladas.

Atentamente,

PABLO EMILIO FETECUA MONTAÑA

C.C. 80.722.295 de Bogotá

T.P. 288.576 del Consejo Superior de la Judicatura

simplemente se evadieron como si cada soporte no tuviese valor probatorio, situación que no solo se presenta con la factura referida, sino con la totalidad de las facturas glosadas presentes en el expediente principal y sus acumulaciones.

RV: Radicación: 41001310300420210025802 Asunto: SUSTENTACIÓN DE APELACIÓN DE SENTENCIA

Lizeth Andrea Cuellar Oliveros <lcuellao@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Vie 20/01/2023 16:19

Para: **ESCRIBIENTES** <esctsnei@cendoj.ramajudicial.gov.co>

De: Secretaria Sala Civil Familia - Seccional Neiva <secscnei@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: viernes, 20 de enero de 2023 16:09

Para: Lizeth Andrea Cuellar Oliveros <lcuellao@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Asunto: RV: Radicación: 41001310300420210025802 Asunto: SUSTENTACIÓN DE APELACIÓN DE SENTENCIA

De: Pablo Fetecua <pablo.mpmabogados@gmail.com>

Enviado: viernes, 20 de enero de 2023 3:50 p. m.

Para: Secretaria Sala Civil Familia - Seccional Neiva <secscnei@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: juancosoma@hotmail.com <juancosoma@hotmail.com>

Asunto: Radicación: 41001310300420210025802 Asunto: SUSTENTACIÓN DE APELACIÓN DE SENTENCIA

Señores

Tribunal Superior del Distrito Judicial de NeivaSala Segunda

Civil Familia Laboral

Magistrada Sustanciadora: Luz Dary Ortega Ortiz

Proceso: Ejecutivo Singular

Radicación: 410013103004**20210025802**

Demandantes: Clínica Uros S.A. y Acumuladas

Demandada: La Previsora S.A. Compañía de Seguros

Procedencia: Juzgado (4º) Cuarto Civil del Circuito de Neiva

Asunto: SUSTENTACIÓN DE APELACIÓN DE SENTENCIA

PABLO EMILIO FETECUA MONTAÑA, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá D.C. identificado con la cédula de ciudadanía número 80.722.295 de Bogotá, abogado en ejercicio portador de la tarjeta profesional número 288.576 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderado de la demandada **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, entidad aseguradora con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, encontrándome dentro del término legal, por medio del presente me permito

sustentar el recurso de apelación elevado contra el fallo proferido el día (9) nueve de noviembre del 2022, de conformidad con el Artículo 322 del Código General del Proceso, según el siguiente anexo.

Atentamente,

PABLO EMILIO FETECUA MONTAÑA

C.C. 80.722.295 de Bogotá

T.P. 288.576 del Consejo Superior de la Judicatura