

Señora
JUEZ TERCERO (3°) CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR
E. S. D.

Asunto: CONTESTACION DE DEMANDA
Proceso: EJECUTIVO SINGULAR
Demandante: INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA, Nit. No 900.136.752-1
DEMANDADO: GOBERNACION DEL CESAR NIT 892.399.999-1
RADICADO: 20001 31 03 003 2021 000109 00.

SANDRA MARIA CASTRO CASTRO, mayor de edad y vecina de Valledupar, identificada con la cédula de ciudadanía No. 49.763.131 expedida en Valledupar, abogada en ejercicio con T.P. No. 82560 del C.S. de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderada judicial del **DEPARTAMENTO DEL CESAR – SECRETARIA DE SALUD DEL CESAR**, identificado con NIT. 892.399.999-1, de acuerdo al poder adjunto, que me fue conferido por el doctor SERGIO JOSE BARRANCO NUÑEZ, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.065.616.061 de Valledupar, en su condición de Jefe de la Oficina Jurídica de la entidad demandada en el asunto de la referencia, según decreto No. 000054 del 19 de febrero del 2020, y en calidad de delegado del Gobernador del Departamento del Cesar, para llevar la representación judicial y extrajudicial del Departamento del Cesar, según decreto No. 000020 de enero 28 del 2012 y documentos adjuntos, de manera respetuosa acudo a su despacho, con el objeto de presentar **CONTESTACION DE DEMANDA**, en los siguientes términos:

I. CON RELACION A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO 1:- NO ES CIERTO que el DEPARTAMENTO DEL CESAR -SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL le esté adeudando al INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA, la suma de CUATROCIENTOS TREINTA TRES MILLONES TRESCIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS M/TE (\$433.309.211), por concepto de cartera general por la atención de los pacientes remitidos por el centro Regulador de urgencias CRUE de la secretaria de salud del Cesar con cargo al subsidio de la oferta, sumas que se desprenden de la prestación de servicios en salud en la modalidad de evento.

FRENTE AL HECHO 2: NO ES CIERTO que el DEPARTAMENTO DEL CESAR -SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL le esté adeudando al INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA la totalidad de las obligaciones contenidas en treinta y ocho facturas (38) facturas detalladas en la demanda por la suma de CUATROCIENTOS TREINTA TRES MILLONES TRESCIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS M/TE (\$433.309.211), las cuales tienen diferentes fechas de vencimiento, derivadas de la prestación de servicios de salud prestados a PPNA población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental y a afiliados de EPS, tales como ASMET SALUD, FAMISANAR Y COOMEVA.

FRENTE AL HECHO 3: ES CIERTO, que parte de las facturas fueron auditadas de acuerdo con las actas anexas, encontrando GLOSAS y DEVOLUCIONES notificadas a la IPS sin resolver, por ello se hicieron pagos parciales, quedando saldos que no son objeto de pago por parte del ente territorial.

FRENTE AL HECHO 4: ES CIERTO, que cada factura registra los datos personales de cada paciente, así como la descripción y costos de los servicios facturados por la IPS

demandante; en cuanto a la verificación del cumplimiento de los soportes exigidos por la normatividad vigente, corresponde al área de auditoria de cuentas medicas determinarlo en cada caso.

FRENTE AL HECHO 5: NO ES UN HECHO EN SI, es una apreciación subjetiva de la IPS demandante que no me corresponde confirmar o negar.

FRENTE AL HECHO 6: ES CIERTO, que al INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA corresponde atender las urgencias, y que de acuerdo con el diagnostico psiquiátrico y conforme a la Resolución 3047 de 2008 debe solicitar autorización a la secretaria de Salud Departamental para tratar a cada paciente. Pero **NO ES CIERTO**, que la sola autorización constituya una obligación clara, expresa y exigible.

FRENTE AL HECHO 7: NO ES UN HECHO, es una apreciación subjetiva del actor respecto de la causación de un detrimento patrimonial.

FRENTE AL HECHO 8: NO ME CONSTA, que el INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA. tenga pruebas documentales de las autorizaciones emitidas telefónicamente por la SECRETARIA DE SALUD DEL CESAR.

FRENTE AL HECHO 9: NO ES CIERTO, que las obligaciones contenidas en las facturas relacionadas en la demanda se encuentren en mora, y que pese a los requerimientos el DEPARTAMENTO DEL CESAR – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL se niegue a cancelarlas.

FRENTE AL HECHO 10. NO ES CIERTO, que se derive la existencia de una obligación concreta, liquida, clara, expresa y exigible.

FRENTE AL HECHO 11: NO ME CONSTA, que el INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA. ha realizado requerimientos al DEPARTAMENTO DEL CESAR – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, haciendo caso omiso de los mismos

FRENTE AL HECHO 12. ES CIERTO, que la Dra. YETTIS CRISTINA COSTA MORON, representante legal del INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA., de acuerdo con certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio le otorgó poder al Dr. JESUALDO ANDRES COSTA FERNANDEZ para promover el presente proceso ejecutivo.

FRENTE AL HECHO 13: NO ES CIERTO, que las facturas relacionadas en la demanda contengan todos los anexos técnicos correspondientes, muestra de ello es que en el proceso de auditoria de cuentas medicas se encontraron DEVOLUCIONES Y GLOSAS por no cumplir con todas las exigencias establecidas en la normatividad vigente.

FRENTE AL HECHO 14. NO ES UN HECHO, es una explicación personal del actor, respecto de los conceptos EXPRESO, CLARO y EXIGIBLE.

FRENTE AL HECHO 15. ES CIERTO, que las partes no pactaron intereses y de llegar a liquidarse debe hacerse conforme a las tasas certificados por la Superintendencia Financiera.

FRENTE AL HECHO 16. ES CIERTO, que el Registro Único Tributario RUT señala las obligaciones, calidades y atribuciones tributarias a los que obliga la DIAN a los prestadores de servicios.

FRENTE AL HECHO 17. NO ME CONSTA, que el apoderado de la parte actora tenga en su poder los originales de las facturas objeto de recaudo por vía ejecutiva.

FRENTE AL HECHO 18. ES CIERTO, que el INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA., confirió poder al Dr. JESUALDO ANDRES COSTA FERNANDEZ para promover el presente proceso ejecutivo, y que en cumplimiento del Decreto 806 de 2020 se remitió desde el correo registrado en Cámara de Comercio.

FRENTE AL HECHO 19: ES CIERTO, pues el correo institucional de la Oficina Asesora Jurídica del Departamento del Cesar es notificacionesjudiciales@gobcesar.gov.co y que el correo institucional salud@gobcesar.gov.co pertenece a la secretaria de Salud Departamental.

II. OPOSICION A LA PRETENSIONES

Pretende la parte actora mediante esta demanda ejecutiva obtener el pago por parte del DEPARTAMENTO DEL CESAR, de facturas de venta por la suma de **CUATROCIENTOS TREINTA TRES MILLONES TRESCIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS M/TE (\$433.309.211)**, más los intereses moratorios, desde que se hizo exigible cada título valor hasta que se verifique el pago total de la obligación, costas y agencias en derecho, con base en las siguientes 38 facturas que se detallan a continuación:

Ítem	Fecha Fact.	Fecha Recibo	Factura No.	Total Factura	Pagos	Saldos
1	2/11/2016	3/11/2016	1130	\$ 61.170.710	\$ 42.183.784	\$ 18.986.926
2	10/10/2017	17/10/2017	2541	\$ 5.115.982	\$ 3.276.582	\$ 1.839.400
3	17/01/2018	22/01/2018	2920	\$ 13.684.592	\$ 11.161.205	\$ 2.523.387
4	6/07/2018	10/07/2018	3816	\$ 17.187.050	\$ 9.070.550	\$ 8.116.500
4	6/07/2018	10/07/2018	3816	\$ 17.187.050	\$ 9.070.550	\$ 8.116.500
5	6/07/2018	10/07/2018	3817	\$ 10.229.699	\$ 5.425.599	\$ 4.804.100
6	4/04/2019	12/04/2019	5565	\$ 11.566.607	\$ 8.210.812	\$ 3.355.795
7	4/04/2019	12/04/2019	5566	\$ 15.115.020	\$ 10.758.520	\$ 4.356.500
8	4/04/2019	12/04/2019	5569	\$ 142.200	\$ 48.100	\$ 94.100
9	4/04/2019	12/04/2019	5570	\$ 1.639.450	\$ 1.623.140	\$ 16.310
10	4/04/2019	12/04/2019	5571	\$ 14.317.982	\$ 12.414.982	\$ 1.903.000
11	4/04/2019	12/04/2019	5572	\$ 6.175.821	\$ 5.108.782	\$ 1.067.039
12	6/05/2019	8/05/2019	5774	\$ 32.424.619	\$ 20.585.819	\$ 11.838.800
13	6/05/2019	8/05/2019	5789	\$ 22.441.887	\$ 14.744.587	\$ 7.697.300
14	5/06/2019	11/06/2019	6058	\$ 28.322.636	\$ 19.652.036	\$ 8.670.600
15	5/06/2019	11/06/2019	6059	\$ 25.283.255	\$ 17.670.355	\$ 7.612.900
16	5/06/2019	11/06/2019	6060	\$ 39.882.126	\$ 25.186.826	\$ 14.695.300
17	5/06/2019	11/06/2019	6061	\$ 28.842.198	\$ -	\$ 28.842.198
18	5/06/2019	11/06/2019	6064	\$ 38.521.458	\$ 23.968.258	\$ 14.553.200
19	5/07/2019	11/07/2019	6386	\$ 13.978.650	\$ -	\$ 13.978.650
20	5/07/2019	11/07/2019	6387	\$ 19.701.859	\$ 12.646.259	\$ 7.055.600
21	5/07/2019	11/07/2019	6388	\$ 14.915.111	\$ -	\$ 14.915.111
22	5/07/2019	11/07/2019	6389	\$ 14.945.017	\$ -	\$ 14.945.017
23	3/08/2019	3/08/2019	6491	\$ 14.918.880	\$ -	\$ 14.918.880
24	3/08/2019	3/08/2019	6492	\$ 11.617.629	\$ -	\$ 11.617.629
25	8/11/2019	25/11/2019	7598	\$ 32.202.004	\$ -	\$ 32.202.004
26	8/11/2019	25/11/2019	7599	\$ 26.967.172	\$ -	\$ 26.967.172
27	8/11/2019	25/11/2019	7600	\$ 12.258.678	\$ -	\$ 12.258.678
28	8/11/2019	25/11/2019	7601	\$ 17.914.468	\$ -	\$ 17.914.468
29	8/11/2019	25/11/2019	7602	\$ 14.688.356	\$ -	\$ 14.688.356
30	8/11/2019	25/11/2019	7603	\$ 5.824.350	\$ -	\$ 5.824.350
31	8/11/2019	25/11/2019	7604	\$ 14.986.802	\$ -	\$ 14.986.802
32	8/11/2019	25/11/2019	7605	\$ 28.762.381	\$ -	\$ 28.762.381
33	8/11/2019	25/11/2019	7606	\$ 7.794.296	\$ -	\$ 7.794.296
34	8/11/2019	25/11/2019	7607	\$ 14.446.048	\$ -	\$ 14.446.048
35	8/11/2019	25/11/2019	7608	\$ 8.053.936	\$ -	\$ 8.053.936
36	8/11/2019	25/11/2019	7609	\$ 12.473.750	\$ -	\$ 12.473.750

37	3/12/2019	17/12/2019	7863	\$ 6.486.408	\$ -	\$ 6.486.408
38	3/12/2019	17/12/2019	7864	\$ 12.046.320	\$ -	\$ 12.046.320
TOTAL				\$ 677.045.407	\$ 243.736.196	\$ 433.309.211

Pues bien, el despacho libró mandamiento de pago al considerar que la demanda y los documentos anexados a ella reúnen los requisitos exigidos en los artículos 82 y 422 del Código General del Proceso, y del Decreto 860 de 2020, mediante auto de fecha 25 de junio de 2021, el Despacho libra mandamiento de pago por la vía ejecutiva a favor de INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA. identificada con NIT. 900.136.752-1 y en contra del DEPARTAMENTO DEL CESAR, con NIT. 892.399.999-1, por la suma de **CUATROCIENTOS TREINTA TRES MILLONES TRESCIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS M/TE (\$433.309.211)**, por concepto de cartera general por la atención de los pacientes remitidos por el centro Regulador de urgencias CRUE de la secretaria de salud del Cesar con cargo al subsidio de la oferta, representados en las anteriores facturas, más los intereses moratorios a la máxima tasa legal permitida; liquidada en la etapa procesal correspondiente desde la fecha en la que la obligación se hizo exigible hasta el día que se satisfaga el pago total de la obligación, costas y agencias en derecho.

Sin embargo, llamo la atención del Despacho que la factura No. SM6491 de fecha 3 de agosto de 2019 por \$14.919.880 y No. SM 6492 de fecha 3 de agosto de 2019 por \$10.617.629 no tienen sello de recibido, razón por la cual debió negarse el mandamiento de pago respecto de ellas.

Desde ahora me opongo a que se despachen favorablemente las pretensiones solicitadas por el demandante por ser estas infundadas, debido a que el ente territorial no adeuda a la INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA. la suma pretendida, por las siguientes razones:

1.- Las Facturas que se detallan en el cuadro siguiente, por valor de **TRESCIENTOS CATORCE MILLONES CIENTO VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS (\$314.122.454) M/L** pretendidas por la IPS INSTITUTO DE REHABILITACION SAMUEL IRIS LTDA, corresponden a prestación de servicios PPNA, que se encuentran **DEVUELTAS** por el Ente Territorial, notificadas y sin subsanar la causal de devolución. Por lo explicado anteriormente estas devoluciones no son objeto de pago por el Ente Territorial

Numero de Factura	Fecha de factura	Fecha de Radicación	Valor Pretendido por IPS	Valor Devolución	No. Acta de auditoria
6491	03/08/2019	03/08/2019	\$14918.880	\$514.918180	AUD-PPNASC-2020- 0342
6492	03/08/2019	03/08/2019	\$11.617.629	\$11.617.629	AUD-PPNASC-2020-0342
6386	05/07/2019	11/07/2019	\$13.978.650	\$13.978.650	AUD-PPNASC-2010-0343
6388	05/07/2019	13/07/2019	\$14.915.111	\$14915111	AUD-PPNASC.2020-0351
6389	05/07/2019	11/07/2019	\$14.945.017	\$14.945.017	AUD-PPNA5C-2020-0343
7598	08/11/2019	25/11/2019	\$32.202.004	\$32.102.004	AUD-PPNA5C-2020-0353
7599	08/11/2019	25/11/2019	\$526.967.172	\$26967.172	AUD-PPNA5C-2020-0349
7600	08/11/2019	25/11/2019	\$12.258.678	\$12.258.678	AUD-PPNA5C-2020-0353
7601	08/11/2019	25/11/2019	\$517.914.468	\$17914.468	AUD-PPNA5C-2020-0344
7602	08/11/2019	25/11/2019	\$514.688.356	\$14.688_356	AUD-PPNASC.2020-0353
7603	08/11/2019	25/11/2019	\$55.824.350	\$5.824.350	AUD-PPNA5C-2020-0344
7604	08/11/2019	25/11/2019	\$14.986202	\$14.986.802	AUD.PPNA5C-2020-0349
7605	08/11/2019	25/11/2019	\$28.762381	\$28.762.381	AUD.PPNASC-2020-0344
7606	08/11/2019	25/11/2019	\$57.794.296	\$7.794296	AUU-PPNASC2020-0349
7607	08/11/2019	25/11/2019	\$514.446.048	\$14.446048	AUD-PPNA5C-2020-0345

7608	08/11/2019	25/11/2019	\$8.053936	\$8.053.936	AUD.PPNA5C.2020-0349
7609	03/11/7019	25/11/2019	\$12.473.750	\$12.473.750	AUD-PPNA50-2020-0349
7863	03/12/2019	17/12/2019	\$6.486408	\$6.486.408	AUD-PPNA5C-2020-0352
7864	03/12/2019	17/12/2019	\$512.046.320	\$12.046320	AUD-PPNA.5C-2020-0346
6061	05/06/2019	11/06/2019	\$28.842.198	\$28.842.194	AUD-PPNA5C-2019.2849
					/RAD-PPNA. 5C-2019- 529

TOTAL \$314.122.454

2. - Las Facturas que se detallan en el cuadro siguiente, por valor **CIENTO DIECINUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS (\$119.186.757) M/L** pretendidas por la IPS INSTITUTO DE REHABILITACION SAMUEL IRIS LTDA corresponden a prestación de servicios PPNA, en el proceso de auditoria se encontraron **GLOSAS** que fueron notificadas sin contestar algunas de ellas y otras si fueron contestadas por la IPS, donde el Ente Territorial ratificó el valor de **TREINTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS TRECE PESOS (\$36.270.313) M/L**. Por lo explicado anteriormente estas glosas no son objeto de pago por el Ente Territorial.

Numero de Factura	Fecha de factura	Fecha de Radicación	Valor Pretendido por IPS	Valor inicial Glosa	Valor Glose Ratificada por la SSD	No. Acta de auditoria
1130	02/11/2016 - 03/11/2016	\$18.986.926	\$19.986.926	\$18.986.926		AUD-PPNA-5C-2019-1212
3816	06/07/2018 - 10/07/2018	\$8.116_500	\$8.116.300	\$58.116500		AUD-PPNA-5C-2019-0668
3817	06/07/2018 - 10/07/2018	\$4.804.100	\$4.204.100	\$4.804.100		AUD-PPNA-50-2019-1166
5565	04/04/2019 - 12/04/2019	\$3355.795	\$3.355.795	\$	0	AUD-PPNA-SC-2018-3874
5566	04/04/2019 - 12/04/2019	\$4356200	\$4.356.500	\$	0	AUD-PPNA-5C-2019-1165
5560	04/0412019 -12/04/2019	\$94.100	\$94.107	\$	0	AUD-PPNA SC-2018-3873
5570	04/04/2019 -12./04/2019	\$516310	\$16310	\$	0	AUD.PPNA-SC-1269
5571	14/04/2019 -12/04/2019	\$51.303.000	\$51.303.000	5	0	AUD-PPNA.5C-2019-2770
5572	04/04/2019 -04/2019	\$1.067.039	\$1.067.039	\$	0	RAD-PPNA-5C-2019-428
5774	06/05/2023- 03/05/2019	\$11.835.860	\$17.33200	\$	0	AUD-PPNA-SC-1274
5789	06/05/3319- 08/05/2019	\$7.697.300	\$7.697300	\$	0	AUD-PPNA.SC-1270
6058	01/06/2019-11/06/2019	\$8.270.609	\$8.270200	\$	0	AUD-PPNA-5C-1270
5059	05/06/2019-11/06/2015	\$7.612300	\$7.612330	\$	0	AUD-PPNA SC-1270
6060	05/06/2019- 11/06/2019	\$14.695300	\$14.695.300	\$	0	AUD-PPNA-SC-2019-2489
6064	05/06/2019- 11/06/2019	\$14.553200	\$14253200	\$	0	AUD-PPNASC-2019- 2490
6387	05/07/2019-1307/2019	\$ 7055200	\$7055500	\$	0	AUD-PPNASC-2019-2551
2541	10/10/2017- 17/10/2017	\$1.839.400	\$1.239.400	\$1.839.400		AUD-PPNA-£02019- 2554
2920	17/01/2018- 22/01/2018	\$2.5233137	\$1523387	\$2.523.387		AUD-PPNA-SC-2019-2553
						AUD-PPNA-SC-2019-2552
						ADD-PPNA.-SC-20200348
						AUD-PPNA-\$C-2018-3519
						AUD-PPNA-SC-2018-1871
						AUD-PPNA50-2018-2770
						AUD-PPNA50201111538

TOTAL \$119.186.757 \$35.270.313

Todo lo anterior se resume así:

RESUMEN ECONOMICO

CONCEPTO	CANTIDAD DE FACTURAS	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017	VIGENCIA 2018	VIGENCIA 2019	Pretendido
VALOR PRETENDIDO POR LA IPS	38	\$ 18.986.92	\$ 1.839.400	\$ 15.443.98	\$ 391.038108	\$ 443.303.211
FACTURAS PPNA DEVUELTAS	20	\$0	\$0	\$0	\$ 314.122.454	\$ 314.122.454
FACTURAS PPNA CON GLOSAS	18	\$ 18.996926	\$ 1.839.400	\$ 15.443.98	\$ 82.916.444	\$ 82.916.444
TOTALES		\$0	\$0	\$0	\$0	

De acuerdo con el artículo 617 del Estatuto Tributario, son requisitos de la factura de venta, los siguientes:

“Para efectos tributarios, la expedición de factura a que se refiere el artículo 615 consiste en entregar el original de la misma, con el lleno de los siguientes requisitos:

- a. Estar denominada expresamente como factura de venta.*
- b. Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.*
- c. *Modificado* Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.*
- d. Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.*
- e. Fecha de su expedición.*
- f. Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.*
- g. Valor total de la operación.*
- h. El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.*
- i. Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.*
- j. *- Declarado Inexequible Corte Constitucional-*

Al momento de la expedición de la factura los requisitos de los literales a), b), d) y h), deberán estar previamente impresos a través de medios litográficos, tipográficos o de técnicas industriales de carácter similar. Cuando el contribuyente utilice un sistema de facturación por computador o máquinas registradoras, con la impresión efectuada por tales medios se entienden cumplidos los requisitos de impresión previa. El sistema de facturación deberá numerar en forma consecutiva las facturas y se deberán proveer los medios necesarios para su verificación y auditoría.

PAR. En el caso de las Empresas que venden tiquetes de transporte no será obligatorio entregar el original de la factura. Al efecto, será suficiente entregar copia de la misma.

*PAR 2. ** Adicionado- Para el caso de facturación por máquinas registradoras será admisible la utilización de numeración diaria o periódica, siempre y cuando corresponda a un sistema consecutivo que permita individualizar y distinguir de manera inequívoca cada operación facturada, ya sea mediante prefijos numéricos, alfabéticos o alfanuméricos o mecanismos similares.”*

Ahora bien, entre la gran diversidad de títulos ejecutivos que existen, se encuentran los que se han denominado **“títulos ejecutivos complejos o compuestos”**, para referirse a aquellos en los cuales, la obligación se deduce del contenido de dos o más documentos dependiente o conexos, es decir ligados íntimamente, de manera que el mérito ejecutivo emerge como consecuencia de la unidad jurídica del título.

Y en el caso sub ex examine, no hay duda de que nos encontramos frente a títulos ejecutivos complejos, por lo tanto, las facturas de venta que se pretenden cobrar por medio de este proceso ejecutivo y que sirvieron de base para dictar el auto de mandamiento de pago, no cumplen con los requisitos exigidos por la Ley, puesto que allí no constan obligaciones claras, expresas y exigibles a cargo del Departamento.

Las facturas cambiarias que sirvieron de base para la ejecución son títulos ejecutivos complejos, generados de los acuerdos de voluntades derivadas de la prestación de los servicios en salud deben cumplir unos requisitos:

- 1- Por expresa disposición del artículo 31 de la **Ley 1122 de 2007**, a las entidades territoriales, como es el caso del Departamento del Cesar, le está prohibido prestar servicios asistenciales de salud, siendo responsable del pago de los servicios NO PBS, después de la Sentencia T-760 y el Auto 263 del 2012 de la Corte Constitucional y lo correspondiente a la **PPNA**. Es decir, que la prestación del servicio y la garantía del mismo están a cargo de las Empresas Prestadoras Salud y la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud denominadas EPS e IPS.
- 2- La **Ley 100 de 1993** delimita la estructura y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y su propósito fundamental es garantizar el acceso universal a los servicios de salud bajo dos modalidades de afiliación: regímenes contributivo y subsidiado, delegando en las entidades Promotoras de Salud la administración del riesgo en salud de estos afiliados.

- 3- Respecto del aseguramiento de la población pobre no asegurada, téngase que, el artículo 32 de la **Ley 1438 de 2011**, dispone: *“ARTÍCULO 32. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO. Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación. Cuando una persona requiera atención en salud y no esté afiliado, se procederá de la siguiente forma: 32.1 Si tiene capacidad de pago cancelará el servicio y se le establecerá contacto con la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo de su preferencia. 32.2 Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y la Entidad Promotora de Salud procederá a realizar el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio. En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la Entidad Promotora de Salud si efectivamente se afilió a ella; si no se afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud. Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación”* (Negrillas y subrayado fuera de texto).

Así las cosas, la norma en cita consagra un mecanismo de incorporación al sistema para la población pobre no asegurada que requiera atención en salud, mediante la afiliación a una EPS-S de manera transitoria mientras se verifica si el usuario es elegible para el subsidio en salud y con base en ello se determinará quién es el responsable del pago de los servicios suministrados.

- 4- Igualmente, la **Ley 715 de 2001**, sobre la competencia de los Departamentos y Municipios en la gestión, financiación, supervisión y aseguramiento de la población pobre en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, señala: *“ARTÍCULO 43. COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS EN SALUD (...) 43.2. De prestación de servicios de salud 43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. 43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.”* (negrilla y subrayado fuera de texto).
- 5- Por otro lado, el **Acuerdo 415 de 2009**, “Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, en el artículo 12, indica: *“ARTÍCULO 12. SELECCIÓN DE POBLACIÓN ELEGIBLE. Las Entidades Territoriales, como responsables de los procesos de identificación y selección de la población beneficiaria de conformidad con la ley, deberán conformar un listado de población elegible a partir del siguiente procedimiento: 1. Consultar el listado nacional de población elegible. 2. Validar respecto a la población identificada como elegible del listado a que hace referencia el numeral anterior, si cumple con los requisitos y condiciones para recibir subsidios en salud, a partir de los mecanismos e instrumentos de información disponibles en su jurisdicción. 3. De encontrarse discrepancias, elaborar un listado con la población que la entidad territorial encontró como no elegible, después de aplicar los mecanismos e instrumentos de información disponibles en su jurisdicción, a partir del cual deberá adelantar las siguientes acciones de acuerdo al tipo de población: a). Afiliados al Régimen Subsidiado: La entidad territorial deberá dar aviso a la persona dentro de los 30 días siguientes para que esta adelante las aclaraciones respectivas garantizando el debido proceso. La afiliación al Régimen Subsidiado se mantendrá activa durante los siguientes tres meses y vencido este plazo, en caso de que se demuestre la no elegibilidad, se suspenderá. Adicionalmente, se le informará sobre los trámites respectivos para que proceda a afiliarse al Régimen Contributivo, como lo ordena la ley. Una vez confirmada la no elegibilidad, la Entidad*

Territorial deberá dar aviso al Ministerio de la Protección Social para la actualización del listado nacional de población elegible y demás bases de información del orden nacional, relacionadas con la asignación de subsidios en salud.

b). Población no afiliada: La entidad territorial informará a las EPS-S que esta población no puede ser afiliada al Régimen Subsidiado. Así mismo, deberá dar aviso a las personas para que estas puedan adelantar las aclaraciones necesarias. 2. Respecto a la población afiliada al Régimen Subsidiado e identificada como no elegible en el listado nacional, la entidad territorial deberá dar aviso a la persona dentro de los 30 días siguientes para que esta adelante las aclaraciones respectivas garantizando el debido proceso. La afiliación al Régimen Subsidiado se mantendrá activa durante los siguientes tres meses y vencido este plazo, en caso de que no se demuestre la elegibilidad, se suspenderá. Adicionalmente, se le informará sobre los trámites respectivos para que proceda a afiliarse al Régimen Contributivo, como lo ordena la ley. Como resultado de las anteriores validaciones, la entidad territorial deberá elaborar y publicar el listado de población elegible no afiliada en los términos en que lo dispone el artículo 19 del presente acuerdo”.

Es decir, que la aplicación o no de la encuesta del Sisbén o la inclusión o no de la persona en el Listado Censal, la aclaración de estas, la priorización de las personas beneficiarias para su ingreso al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales, y la organización del régimen subsidiado en salud, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 415 de 2009 del CNSSS, es responsabilidad exclusiva de las entidades territoriales.

En conclusión, al Departamento le corresponde gestionar y financiar la prestación de los servicios de salud a la PPNA población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental; a los Municipios les compete, entre otras funciones, identificar a la población pobre en su jurisdicción, llevar a cabo la selección de los beneficiarios del régimen subsidiado y financiar/cofinanciar la afiliación de los mismos; por ende, el aseguramiento de la población pobre no asegurada corresponde a una tarea conjunta entre las distintas entidades territoriales.

- 6- El **Decreto 780 de 2016**, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, en el artículo 2.5.3.2.2, dispone que todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio. A su vez, el artículo 2.5.3.2.3 Ibidem, indica: “**ARTÍCULO 2.5.3.2.3. DEFINICIONES.** Para los efectos del presente Título, adóptense (sic) las siguientes definiciones: 1. Urgencia. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte. 2. Atención inicial de urgencia. Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud”. Por tanto, de acuerdo con las normas citadas, es claro que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) tienen el deber de prestar la atención inicial de urgencias a quien lo necesite, independientemente de la capacidad socioeconómica de este y si se encuentra o no afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Artículo 32.2 de la Ley 1438 de 2011).

Por último, respecto del cobro de los servicios prestados en urgencias por una IPS a los pacientes que no se encuentren afiliados a una EPS, se debe tener en cuenta lo indicado en el numeral 2.1 del presente escrito.

- 7- Los requisitos mínimos formales con la legislación civil de las facturas generadas por estas entidades fueron consagrados en el artículo 7 de la ley 1608 de 2013, en

su parágrafo 1: “La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008”.

- 8- Requisitos según el artículo 617 del Estatuto Tributario:
- a) Estar denominada expresamente como factura de venta (requisito preimpreso);
 - b) Indicar apellidos y nombre o razón social y NIT del vendedor o de quien presta el servicio (requisito preimpreso).
 - c) Indicar apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado (en el título valor, esta anotación es de gran importancia porque indica quién es el obligado al pago). Si se pretende la factura cambiaria hacer valer como título valor se debe cumplir con los requisitos comunes consagrados en el artículo 621 del Código de Comercio:
 - a) La mención del derecho que se incorpora en el título, esto es, el crédito derivado de la operación de venta o servicio prestado;
 - b) La firma de quien lo crea, es decir, del vendedor de los bienes o prestador del servicio, la cual puede sustituirse por un signo o contraseña mecánica bajo la exclusiva responsabilidad del emisor;
 - d) Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta (requisito preimpreso);
 - e) Fecha de su expedición;
 - f) Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados;
 - g) Valor total de la operación;
 - h) El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura (requisito preimpreso);
 - i) Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas.
- 9- Aunado a lo anterior:
- Artículo 1° de la Ley 1231 de 2008: “El emisor vendedor o prestador del servicio emitirá un original y dos copias de la factura (...)”.
- ✓ Se constituye en título valor causal por la venta de bienes entregados real y materialmente, y de servicios efectivamente prestados, sin importar si se derivan de un contrato verbal o escrito.
 - ✓ La aceptación convierte al aceptante en el obligado principal, generando esta la condición sin la cual no pierde sus efectos legales de título valor.
 - ✓ **Los pagos parciales se harán constar en la factura original y en las dos copias de la factura, indicando, además, la fecha en que fueron hechos. De cada pago, el tenedor deberá extender al deudor los recibos parciales correspondientes (parágrafo del artículo 777 del C. de Co, modificado por el artículo 4 de la ley 1231 de 2008).**

Entendiendo lo anterior, la **Factura o documento equivalente en la salud**, fue definido en la Resolución 3047 de 2008 como “el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, **dando cuenta de la transacción efectuada**”.

Por expreso mandato legal el Ministerio de Protección Social mediante los Decretos 4747 de 2007, 3047 de 2008, reguló algunos aspectos determinó los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos para ser implementados en las relaciones de los prestadores del servicio de salud y entidades responsables de pago. Incluyendo unos requisitos generales o comunes.

Como regla general estableció: 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.

Mientras que el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado, fue regulado por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante las Resoluciones 5395 de 2013, Circular Conjunta 000030 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia de Salud) 1479 de 2015, dejando la adopción de la misma por cada ente territorial (Secretaría de Salud departamental), conforme a las necesidades de su población.

Esta Resolución, permite a los departamentos acorde con el análisis de la situación en salud actual de su población, adoptar uno de los dos modelos establecidos en los capítulos I y II.

El Modelo descrito en el Capítulo I del decreto, define que el Ente territorial debe especificar el listado de las IPS a través de las cuales se brindarán los servicios y tecnologías NO POS a los afiliados del RS e informar tanto a las EPS como a los usuarios de su territorio. **Así mismo la norma establece que los entes territoriales deben realizar el pago directamente a los proveedores de medicamentos y prestadores de otros servicios NO POS.**

El modelo descrito en el Capítulo II, indica los entes territoriales aceptan que la prestación de los servicios NO POS, se realice a través de la red de servicios contratada por la EPS y que **el cobro de los servicios sea presentado a través de la EPS, pero el pago lo realizará directamente la entidad territorial al prestador de servicios de salud**, en aras de agilizar el flujo de los recursos.

En virtud de lo anterior, **el Departamento del Cesar reglamentó lo contratado mediante el modelo I**, y la Resolución 900 de 2015 estableciendo un sistema integrado.

Si bien, el documento –factura de venta- aportado con la demanda es la base de la ejecución, lo cierto es que el ejecutante no explica el origen de la obligación ejecutada, ni menos aportó los demás documentos necesarios que deben integrar esa factura de venta, pues tratándose, como se trata, de un título valor que se pretende se constituya en título ejecutivo en el que interviene un ente territorial, dicho título es de los denominados complejo, dada su naturaleza de origen y creación.

Así, la regla general en materia de ejecución contra entidades estatales es la presencia de un **título ejecutivo complejo**, pues como lo anota la doctrina: “Será complejo cuando la obligación y sus elementos esenciales se estructuren con base en varios documentos, como en el caso de los títulos ejecutivos contractuales, dado que, por regla general, se conforman con varios documentos (contrato, acto administrativo que aprueba la póliza, etc.). en el caso de los contratos estatales, así se trate de títulos ejecutivos, siempre el título ejecutivo será de carácter complejo, conforme lo indica Mauricio Fernando Rodríguez Tamayo, La Acción Ejecutiva ante la Jurisdicción Administrativa, Librería Jurídica Sánchez, Medellín, 2010, 3ª Ed., Página 62 y 63.

El título ejecutivo debe reunir condiciones formales, las cuales consisten en que el documento o conjunto de documentos que dan cuenta de la existencia de la obligación.

De igual manera se ha señalado que también deben acreditarse condiciones sustanciales del contenido del título ejecutivo, las cuales se traducen en que las obligaciones por cuyo cumplimiento se adelanta el proceso ejecutivo sean claras, expresas y exigibles.

La obligación es expresa cuando aparece manifiesta de la redacción misma del título; es clara cuando el contenido obligacional se revela en forma nítida en el título y es exigible cuando puede imponerse su cumplimiento en la oportunidad en que se demanda, porque no está sometido a plazo pendiente o condición no ocurrida.

En el caso en particular, se estableció como procedimiento administrativo de desarrollo legal y reglamentario para el reconocimiento y aceptación del pago de los servicios prestado en salud NO POS en el Departamento del Cesar, conforme a las Resoluciones 900 de 2015 y 352 del 2016, los siguientes:

1. Radicación de las facturas con sus soportes por parte de las IPS o EPS´S, ya se trate de cobro o recobro del pago de servicios NO POS. Es decir, que las IPS y/o EPS´S según el caso deberán presentar los siguientes soportes:
2. Factura cambiaria (firmada por el prestador del servicio y el usuario)
3. Autorización
4. Soporte de entrega del medicamento
5. CTC completamente diligenciado
6. Formato MYT conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud (demás documentos establecidos en la ley y sus decretos reglamentarios en situaciones especiales definidas).

Una vez surtido lo anterior, se procede a la realización de Auditoria integral que incluye la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios NO POS (artículo 6 Resolución 352 de 2016 y artículo 10 al 12 Resolución 900 de 2015), la cual genera:

7. Un reporte de auditorías de cuentas médicas:
 - 7.1. Levantamiento y/o ratificación
 - 7.2. Con Objeción Glosas totales y parciales (corrección/ratificación)

Lo anterior armoniza con la obligación de la entidad territorial de verificar si se trata de población perteneciente al régimen subsidiado, que los servicios hayan sido efectivamente prestados, que correspondan a los precios establecidos para los medicamentos regulados, que contengan la indicación del homologado y lo más importante por tratarse de recursos públicos con destinación específica que no se hayan pagados conceptos por los mismos so pena de incurrir en acciones de tipo penal.

Es pertinente resaltar, que una vez se surte lo anterior y de acuerdo con la disponibilidad que presupuestal estos documentos son enviados a la secretaria de Hacienda quien se encarga de expedir CDP y RP y por delegación el secretario general del Departamento emite una Resolución de Pago.

A pesar de que la normatividad ha propendido por dinamizar el flujo de los recursos en el sector salud, al tratarse de recursos del régimen subsidiado se han tomado medidas excepcionales contenidas en la Circular Conjunta 303 de 2013, en concordancia de la Ley 1797 de 2016, por medio de la cual se regula la operación del sistema general de seguridad social en salud como se evidencia en su artículo 1:

“Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector y en el mejoramiento de flujo de los recursos y la calidad de la prestación de servicios dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS).”

“(…) Artículo 9°. Aclaración de Cuentas y Saneamiento Contable. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y del Contributivo, independientemente de su naturaleza jurídica, el Fosyga o la entidad que haga sus veces y las entidades territoriales, cuando corresponda, deberán depurar y conciliar permanentemente las cuentas por cobrar y por pagar entre ellas, y efectuar el respectivo saneamiento contable de sus estados financieros. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones, términos y fechas referidos al proceso de glosas aplicadas por las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar, asociadas a la prestación del servicio de salud. El saneamiento contable responsabilidad de las IPS y EPS, según el caso, deberá atender como mínimo lo siguiente:

- a) Identificar la facturación radicada;*
- b) Reconocer y registrar contablemente los pagos recibidos, las facturas devueltas y las glosas; y las actas de conciliación que resulten del acuerdo obligatorio y definitivo de las partes y en las que actué la Superintendencia Nacional de Salud de oficio o a solicitud.*
- c) Realizar la conciliación contable de la cartera, adelantar la depuración y los ajustes contables a que haya lugar, para reconocer y revelar en los Estados Financieros los valores;*
- d) La cartera irrecuperable, como resultado de la conciliación y depuración contable, que no se encuentre provisionada, deberá reclasificarse a cuentas de difícil cobro, provisionarse y castigarse en el ejercicio contable en curso, según corresponda;*
- e) Depurar la cartera originada en derechos u obligaciones inexistentes que carezcan de soporte y/o que ya hayan sido pagadas por mecanismos tales como el giro directo, compra de cartera, créditos blandos, entre otros;*
- f) Castigar la cartera cuando evaluada y establecida la relación costo-beneficio de la gestión de cobro resulte más oneroso adelantar dicho cobro. El Gobierno nacional reglamentará la materia;*
- g) Emitir certificación de reconocimiento de deudas, de acuerdo al procedimiento establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.*

El incumplimiento de lo aquí previsto se considera una vulneración del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del derecho a la salud; por lo tanto, será objeto de las multas establecidas en el artículo 131 de la Ley 1438 de 2011 y demás sanciones a que haya lugar”.

En la actualidad nos encontramos en proceso de ajuste contable en marco de las normas vigentes expedidas en materia contable por la Contaduría General de la Nación, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y de Comercio, Industria y Turismo y los principios contables que rigen la materia.

Con fundamento en lo anterior y buscando solucionar los problemas existentes en torno al flujo de los recursos del sistema de seguridad y social se expidieron las Resoluciones 6066 de 2016, la cual en su artículo 6 estableció: “Emisión de Certificados de Reconocimiento de Deudas. Las Entidades Responsables de Pago, una vez realizada la aclaración de cuentas con las IPS, deberán expedir el Certificado de Reconocimiento de Deuda, el cual contendrá la obligación clara expresa y su fecha de exigibilidad, que prestará mérito ejecutivo y se diligenciará en los términos establecidos en los Anexos Técnicos 1 y 2 de la presente resolución. Los reconocimientos de deuda certificados deberán registrarse y revelarse en los estados financieros”

Pero adicionalmente, en la actualidad nos encontramos en proceso de aplicación de las medidas del **ACUERDO DE PUNTO FINAL**, por la cual el Gobierno busca ponerse al día con las deudas pendientes con el sistema de salud, consignado en la Ley 1955 de 2019 el Plan Nacional de Desarrollo 'Pacto por Colombia, Pacto por la equidad' y funciona a través del reconocimiento de deudas con los prestadores de servicios y la entrega de recursos, y Decreto 521 de 2020, con el cual se establece el proceso para la aclaración de cuentas entre las EPS y el Gobierno nacional, lo que les permitirá pagar sus cuentas a los prestadores y proveedores (IPS, hospitales, entre otras).

De lo anterior se concluye, que el demandante pretende cobrar unas facturas con DEVOLUCIONES NOTIFICADAS NO RESUELTAS Y GLOSAS NO CONTESTADAS, que no son objeto de pago por parte del DEPARTAMENTO DEL CESAR – SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.

III. PETICION

Por las razones enunciadas en la contestación de los hechos y oposición a las pretensiones, le solicito de manera comedida al Señor Juez se sirva rechazar parcialmente las pretensiones solicitadas por el INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA.

IV. EXCEPCIONES DE MERITO

De conformidad con lo establecido en el artículo 442 del C.G. del P. propongo las siguientes excepciones:

1. **PRESCRIPCION** – Esta excepción esta llamada a prosperar teniendo en cuenta que INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA. pretende el recaudo de facturas que fueron emitidas en los años 2016 y 2017.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-281/15

PRESCRIPCION DE LA ACCION CAMBIARIA-Marco normativo y jurisprudencial

La acción cambiaria directa prescribe en tres (3) años, contados desde el vencimiento del título, más no contempla la figura de la interrupción de la prescripción, por lo cual, para el efecto debe acudirse a las normas procesales en materia civil. Esta Corporación ha abordado el estudio de la prescripción de la acción cambiaria y la interrupción, en control abstracto y concreto de constitucionalidad.

2. **INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION**- respecto de las facturas con GLOSAS NOTIFICADAS SIN RESOLVER POR LA IPS, GLOSAS RATIFICADAS y DEVOLUCION NOTIFICADA SIN SUBSANAR LA CAUSAL, por tanto, expresamente no ha sido aceptadas para pago el Departamento del Cesar- secretaria de Salud Departamental.
3. **COBRO DE LO NO DEBIDO**. - Conforme se ha venido sosteniendo, de acuerdo con las pruebas allegadas al proceso, y como se demostrará procesalmente la EPSS demandante pretende que se realice el pago de las facturas con GLOSAS NOTIFICADAS SIN RESOLVER POR LA IPS, GLOSAS RATIFICADAS y DEVOLUCION NOTIFICADA SIN SUBSANAR LA CAUSAL, de manera que no son objeto de pago por parte del DEPARTAMENTO DEL CESAR- Secretaría de Salud Departamental, por no ser la Entidad Responsable de pago de esta.

V. PRUEBAS

- Poder legalmente conferido por el Dr. Sergio José Barranco Núñez, jefe de la Oficina Asesora Jurídica del Departamento del Cesar, Decreto No. 000054 del 19 de febrero del 2020, Decreto 000136 de mayo 15 de 2008, y su modificación mediante Decreto No. 000020 del 23 de enero de 2012.
- Oficio de Secretaria de Salud Departamental sobre informe de facturas de fecha 22 de julio de 2021 (4 folios).
- Oficio con Radicado CE-00068-202-1027 36 Id. 165988 folios 4 fecha 2021-07-22 Remitente PROGRAMA LIDER DE ASUNTOS EN SALUD Destinatario ISABEL VERCECIA GRANADOS, Profesional Universitario DACID – control interno. EN EL

PROCESO INDAGACION PRELIMINAR RAD. 2021.0011 seguido por el INSTITUTO DE REHABILITACION INTEGRAL SAMUEL IRIS LTDA CONTRA LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, reiterando la solicitud de información. (4 folios)

- Oficio del 16 de junio de 2020 dirigido a la Líder de Asuntos en Salud de la secretaria de Salud Departamental, relacionado con el traslado y conocimiento de las notificaciones y solicitudes de intervención de la Superintendencia Nacional de Salud, así como las acciones y temas conexos – malas prácticas sobre el flujo de recursos del sistema de salud y ss. (23 folios)

FACTURAS CON GLOSAS SIN RESOLVER POR LA IPS

- Actas de levantamiento y/o ratificación de glosas (8 folios)

VI. NOTIFICACIONES

NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES PROCESALES: PARTE DEMANDADA Y APODERADA JUDICIAL: El DEPARTAMENTO DEL CESAR recibirá notificaciones y comunicaciones en la calle 16 no. 12- 120, edificio Alfonso López Michelsen de la ciudad de Valledupar o en el correo electrónico: notificacionesjudiciales@gobcesar.gov.co y en sandramcastroc@gmail.com

De la Señora Juez, atentamente,

Del Señor Juez, atentamente,



SANDRA MARIA CASTRO CASTRO
C.C. 49.763.131 de Valledupar
T.P. 82560 del C.S. de la Judicatura