

Bogotá D.C, 10 de agosto del 2021

Doctora:

JANETH JAZMINA BRITTO RIVERO

JUZGADO CUARENTA Y UNO (041) CIVIL CIRCUITO DE BOGOTÁ DC

Bogotá DC.

Proceso: Ejecutivo Singular

Radicado: 11001310304120190082700

Demandado: MEDIMÁS EPS S.A.S

Demandante: HOSPITAL PABLO TOBON URIBBE.

Asunto: Presentación de excepciones de Merito

GISELE GOMEZ FERNANDEZ, ciudadana colombiana, identificada con la cédula de ciudadanía No.52.644.412 expedida en Usaquén, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No.102.278 del C.S.J, actuando como apoderada especial de MEDIMAS EPS S.A.S., sociedad con domicilio en Bogotá D.C., con matrícula mercantil No.02841227 e identificada con el NIT 901097473-5, representada por **FREIDY DARIO SEGURA RIVERA**, identificado con cedula de ciudadanía No.80.066.631 ciudadano colombiano, mayor de edad, domiciliado y residente en Bogotá D.C., como consta en el certificado de existencia y representación legal que adjunto, por lo que actuando dentro de los términos legales, de manera muy respetuosa procedo a proponer excepciones de mérito contra auto que no repone el recurso y ordena continuar con el mandamiento de pago del 26 de julio de 2021, a saber:

I. OPORTUNIDAD PARA PROPONER EXCEPCIONES

Es menester expresarle al despacho en primera forma, El día 27 de julio del año 2021, en virtud de las disposiciones contenidas en el artículo 295 del Código General del Proceso, se notificó por estado a MEDIMAS EPS SAS, del Auto que ordena librar mandamiento de pago a favor del HOSPITAL PABLO TOBON URIBE, librado el 26 de julio de 2021.

Así las cosas, nos encontramos dentro del término legal para proponer excepciones de mérito en el proceso que nos ocupa, término que empezó a correr al día siguiente de la fijación del auto en el estado, de conformidad con la norma procesal. Por lo tanto, respetuosamente me permito proponer excepciones de mérito conforme a lo establecido en el artículo 442 del C.G.P.

II. EXCEPCIONES DE MERITO

2.1. EXCEPCIÓN DE LA INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN Y COBRO DE LO NO DEBIDO EN RAZÓN A LAS FACTURAS QUE FUERON GLOSADAS Y SE ENCUENTRAN PENDIENTES POR CONCILIAR.

Con el fin de poner en contexto a su Honorable despacho, se pone a su conocimiento el hecho de que existen a la fecha glosas pendientes por conciliar, por las cuales no se deben ser tenidos en cuenta dentro de la ejecución, ya que las glosas están **pendientes de conciliación**. Más aun cuando, las facturas aportadas que son el soporte de la ejecución no cumplen los requisitos legales, pues se encuentran glosados y sin la respectiva conciliación por las partes, presentando, además un estado de devolución al HOSPITAL PABLO TOBON URIBE sin que se pueda evidenciar una nueva radicación a la E.P.S: y cómo es bien sabido por la parte ejecutante, las facturas determinadas como glosas no conciliadas, deben agotar el respectivo trámite administrativo antes de incoar las acciones judiciales orientadas a lograr su exigibilidad. Por lo tanto, al no existir acuerdo entre las partes, dichas obligaciones no han nacido a la vida jurídica y tampoco se pueden hacer exigibles.

Para el caso sub judice, el Señor Juez debe tener presente que los documentos para el cobro de sumas de dinero que se deriven de la prestación de servicios médicos, deben considerarse siempre como títulos ejecutivos complejos, pues deben cumplir otros requisitos especiales establecidos en la ley, tales como indicar: las partes vinculadas con la factura, la modalidad contractual en que fueron expedidas, la fecha de la expedición y entrega al ejecutado, la ausencia de realización de actos jurídicos por parte del ejecutado frente a las facturas radicadas, y la exigibilidad cumplida la fecha de vencimiento sin trámite administrativo de glosas, abono o pago pendiente por conciliar.

Tras barruntar lo anterior, debemos traer a colación una de las tantas disposiciones legales que enmarcan el trámite de conciliación de las glosas. Exponiendo en primer lugar lo previsto en el **artículo 23 del “DECRETO NUMERO 4747 DE 2007, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones:**

(...)

Artículo 23. Trámite de glosas. *Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el Registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando éste sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas*

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

Lo anterior se puede sopesar a la luz del literal (d) del **artículo 13 de la Ley 1122 del 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.**

(...)

"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"

Ahora bien, frente a la obligación legal que tienen las EPS de depurar y conciliar la facturación relativa a los servicios médicos suministrados por las IPS, el artículo 9º de la ley 1797 de 2016 establece que:

(...)

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."

Señalando finalmente que:

(...)

"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".

Todas las etapas administrativas que son de obligatorio cumplimiento mencionadas con anterioridad, deberán ser observadas a la luz de la **"Resolución 006066 del 7 diciembre de 2016 Ministerio de Salud y Protección Social"**.

2.2.-EXCEPCIÓN DE IMPOSIBILIDAD DE PAGAR INTERESES MORATORIOS EN ARREGLO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 24 DEL DECRETO 4747 DE 2007 Y EL ARTÍCULO 13 DE LA LEY 1122 DE 2011.

En consideración a las definiciones de glosa en los términos del Decreto 4747 de 2007, no se pueden causar intereses de mora por las facturas que se encuentren en tal condición. Por cuanto, en el devenir ordinario de las actividades comerciales, el deudor debe pagar intereses moratorios, a partir de la fecha de incumplimiento, y solo se rescinden cuando se cancelan las obligaciones contractuales. No obstante, para el caso de las glosas, bien dicen las citadas normas que estas deberán ser resueltas previamente por los interesados, y una vez conciliadas, será posible su exigibilidad. Antes de surtir el trámite administrativo previsto, no hay lógica que permita configurar su pago como moroso, entendiendo que no han nacido aun a la vida jurídica. En tal virtud, debe declararse debidamente probada esta excepción, por lo que en la sentencia, se deberá declarar debidamente demostrada.

2.3.- EXCEPCIÓN DE LA INEXIGIBILIDAD DE OBLIGACIONES POR NO ESTAR PLENAMENTE EVACUADA LA ETAPA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS.

Sin perjuicio de la anterior excepción, la presente excepción de mérito parte de la base que el reconocimiento y pago de facturas del sector salud tiene unas etapas previas, como lo es, la etapa de la auditoria, etapa sin la cual, efectuar pagos, resultaría una práctica no recomendada, por cuanto, se podría afectar severamente la correcta utilización de los dineros provenientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Debido a la complejidad del proceso de auditoría de cuentas médicas, gran parte de la facturación aún no ha sido auditada, en el entendido que se encuentra en estado de devolución, lo cual traduce en una falencia sustancial que presentan muchas de las facturas que se presentan para su pago, con el objeto de realizar la correspondiente gestión de auditoría.

Así las cosas, se deberá determinar en cada factura, si se llevó a cabo o no, la correspondiente auditoria de la facturación, para con ello poder considerar cumplido

la etapa previa de la auditoria, esto, como presupuesto de la exigibilidad de las facturas en materia de salud.

Así las cosas, corresponde a interés de todas las partes involucradas en el presente proceso, velar por la correcta verificación del proceso de auditoría de cada factura, por cuanto se debe tener certeza del soporte del importe consignado en cada factura.

2.4.- EXCEPCIÓN DE FALTA DE REQUISITOS FORMALES QUE LAS FACTURAS DEBEN CONTENER COMO TÍTULO EJECUTIVO COMPLEJO

Las facturas en servicios de salud hacen parte de un título ejecutivo complejo por los documentos por medio de los cuales deben ir sustentadas las facturas y adicionalmente la prestación del servicio. Ahora bien, al observar que se aportaron facturas con inconsistencias, se evidencia que no hay un cumplimiento total con los requisitos formales que el título debe contener, y por las cuales no se debió haber librado mandamiento de pago a saber:

El Decreto 4747 de 2007, estableció en cuanto a la presentación de las facturas por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, lo siguiente:

“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.”

En el caso de servicios de salud, es claro que la factura la libra el Prestador de Servicios de Salud y se entrega al comprador del servicio EPS (Entidad Responsable del Pago) y no a su beneficiario. Además, este artículo dispuso que no podrá librarse factura que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito, por lo que la factura en servicios de salud debe estar firmada por quien recibió el servicio.

Por otra parte, las facturas libradas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) 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.

En conclusión, por tratarse de un sistema de facturación especial y normado por las condiciones establecidas en la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 4747 de 2007, las IPS para obtener el pago de los servicios de salud prestados por parte de las Entidades Responsables del Pago (EPS), deben librar facturas que cumplan con los requisitos establecidos en el Código de Comercio modificado por la Ley 1231 de 2008, las

cuales deben contener los soportes definidos en el Anexo técnico No. 5 y 6 de la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

2.5.- FALTA DE ACEPTACIÓN DE LAS FACTURAS

- a. El artículo 773 del Código de Comercio, dentro de uno del componente adicional al de la aceptación de la factura, señala que en la factura igualmente deberá constar y acreditarse el recibo de la mercancía o del servicio por parte del comprador del bien o beneficiario del servicio en la factura y/o en la guía de transporte según el caso, indicando el nombre, identificación o la firma de quien recibe y la fecha de recibo del servicio de salud.
- b. Teniendo en cuenta lo manifestado dentro del presente escrito, se pudo evidenciar que, dentro de las facturas allegadas por el demandante, no cuentan con la firma de quien haya recibido el servicio de salud, que en este caso corresponde a cada uno de los afiliados de la EPS que represento, que pudieron haber recibido un servicio de salud por parte del demandante.
- c. Como se indicó anteriormente, es un requisito de la factura definido por el Ministerio de la Protección Social y, corresponde a la certificación del usuario sobre la prestación del servicio, situación que se encuentra definida también, en el Anexo Técnico No. 5 de la Resolución 3047 de 2008 en la que se indica entre otros requisitos de la factura en los procesos de salud debe contener:

***"8. Comprobante de recibido del usuario:** Corresponde a la confirmación de prestación efectiva del servicio por parte del usuario, con su firma y/o huella digital (o de quien lo represente). Puede quedar cubierto este requerimiento con la firma del paciente o quien lo represente en la factura, cuando ésta es individual. Para el caso de las sesiones de terapia es necesario que el paciente firme luego de cada una de las sesiones, en el reverso de la autorización o en una planilla que el prestador disponga para el efecto. (subrayas nuestras)".*

- d. Expresado lo anterior, se manifiesta al despacho que las facturas presentadas por la ejecutante para la demanda, conforme las normas citadas en los párrafos anteriores, **NO CUMPLEN con el requisito de NO CONTAR CON LA FIRMA DE CONSTANCIA O AFIRMA DEL PACIENTE O DE SU ACUDIENTE DE QUE SE LE PRESTÓ EL SERVICIO INDICADO EN LA FACTURA, ADEMÁS TAMPOCO SE APORTAN LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES. (SEGÚN EL CASO).**

III. PRUEBAS

Solicito se valoren las siguientes pruebas que servirán cómo sustento al Despacho dentro del presente proceso ejecutivo, con el propósito de tener por demostradas las excepciones de mérito propuestas, estas son:

5.1.-SOLICITUD PRUEBA POR INFORME

Teniendo en cuenta que se ha realizado depuración de la información adicional de las facturas y este proceso aún no se ha finalizado, es menester solicitar al despacho de acuerdo con lo definido en artículo 275 del CGP, que se decrete prueba por informe otorgando un término perentorio, en la cual se solicite a la entidad demandante, que presente información relevante que acompañan las facturas objeto de cobro, esto es los RIPS (Registros Individuales de prestación de servicios de salud), para verificar que las facturas presentadas en el presente proceso, correspondan a los registros con los cuales se reporta la prestación del servicio de salud de cada uno de los afiliados a MEDIMAS EPS SAS por parte del HOSPITAL PABLO TOBON URIBBE.

No obstante, el mencionado informe tendrá como objetivo principal, que una vez realizada la verificación de la prestación del servicio de cada una de las facturas, se corrobore que los dineros destinados exclusivamente para los pagos de servicios de salud del SGSSS, tengan su destinación específica, lo que evitará en instancias posteriores, que la Contraloría General de la República extienda responsabilidades fiscales por hallazgos referentes al pago indebido de servicios en el Sistema de Salud.

5.2. INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito que se decrete y realice interrogatorio de parte al Representante Legal del HOSPITAL PABLO TOBON URIBE fin de que declare sobre la aplicación de pagos de las facturas que nos ocupan, de acuerdo con la depuración de las cuentas médicas que permanentemente debe efectuar la mencionada entidad.

Deberá ser citado en el lugar que se indica en la demanda y el correspondiente interrogatorio lo adelantaré de foma verbal, de lo contrario lo comunicaré por escrito previamente.

VI. SOLICITUD

6.1 PRINCIPAL

Respetuosamente solicito que se **DECLAREN** probadas las excepciones de mérito anteriormente expuestas y en consecuencia Juez ordene mediante auto NO seguir adelante con la ejecución.

6.2. ESPECIAL

En virtud que los recursos que se discuten dentro del presente proceso hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y su naturaleza es de carácter inembargable, respetuosamente solicito al despacho que se **VINCULE** a:

1. ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Procuraduría General de la Nación.
3. Contraloría General de la República.
4. Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Con el fin que, en el ejercicio de sus funciones de administración de los recursos de la salud, vigilancia de la función pública y salvaguarda de los recursos públicos, intervengan en el trámite de las posibles medidas cautelares que pudieran decretarse dentro del proceso, en los términos del artículo 69 CGP.

VII. ANEXOS

- Los relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder especial otorgado por Medimás EPS a la suscrita para actuar.
- Certificado de existencia y representación legal.

VIII. NOTIFICACIONES

La suscrita apoderada, podrá ser notificada en la dirección de notificaciones judiciales ubicada en la Calle 12 No 60-36 de la Ciudad de Bogotá. De igual forma, en la dirección del correo electrónico: notificacionesjudiciales@medimas.com.co, procesosjudiciales2@medimas.com.co.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gisele Gomez Fernandez".

GISELE GOMEZ FERNANDEZ
C.C. No.52.644.412 expedida en Usaquén
T.P No. 102.278del C.S.J