Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE DE NEIVA HUILA
Palacio de Justicia Oficina 909 teléfono 8711321
cmpl06nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

Neiva (H), dieciocho (18) de noviembre del dos mil veintidós (2022)

Proceso	**: EJECUTIVO SINGULAR ACUMULADO**
Demandante	**: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
Demandado	**: SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
Radicado	**: 2021-645**

Vista la contestación de la demanda efectuada por el doctor **JULIAN DAVID TRUJILLO MEDINA,** apoderado judicial del demandado **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** mediante memorial remitido en el término de traslado de la demanda conforme constancia secretarial del 29 de septiembre del 2022, se corre traslado por el termino de diez (10) días a la parte demandante de las excepciones de mérito formuladas por la parte demandada para que se pronuncie sobre ellas, solicite y aporte pruebas, conforme lo señala el numeral 1 del artículo 443 del Código General del Proceso.

NOTIFÍQUESE

JUAN PABLO RODRIGUEZ SANCHEZ
JUEZ

NSP

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE DE NEIVA HUILA
Palacio de Justicia Oficina 909 teléfono 8711321
cmpl06nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

Neiva (H), primero (1) de septiembre del dos mil veintidós (2022)

Proceso	**: EJECUTIVO SINGULAR - ACUMULADA**
Demandante	**: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
Demandado	**: SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
Radicado	**: 2021-645**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA a través de apoderada judicial solicita la acumulación de la demanda mediante memorial remitido el 16 de mayo del 2022, solicitud la cual fue inadmitida en auto del 15 de julio del 2022.

Mediante memorial remitido en termino previsto para subsanar, la apoderada judicial de la parte demandante subsana las deficiencias advertidas en el referido auto.

En consecuencia, al reunir la presente demanda Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía - acumulada, los requisitos exigidos por el artículo 82 y ss., del Código General del Proceso y teniendo en cuenta que de los documentos aportados como base de recaudo resulta a cargo del deudor una obligación clara, expresa y exigible de pagar una cantidad líquida de dinero, se procederá a librar mandamiento de pago.

En mérito de lo expuesto, se

RESUELVE

PRIMERO. - ORDENAR LA ACUMULACIÒN de la demanda ejecutiva singular promovida por CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. y en contra de SEGUROS DEL ESTADO al presente proceso, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO. - LIBRAR mandamiento de pago ejecutivo a favor de la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. NIT. 800.110.189-9**, y en contra de **SEGUROS DEL ESTADO NIT. 860.009.578,** para que dentro de los (5) días siguientes a la notificación personal de este auto pague las siguientes sumas de dinero por los siguientes conceptos:

1.- Por la suma de $ 1.058.400 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 175512, más los intereses moratorios exigibles desde el 21 de junio del 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

2.- Por la suma de $947.400 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 175522, más los intereses moratorios exigibles desde el 21 de junio del 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

3.- Por la suma de $ 1.111.200 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 177312, más los intereses moratorios exigibles desde el 13 de julio del 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

4.- Por la suma de $ 152.900 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 173070, más los intereses moratorios exigibles desde el 18 de mayo del 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

5.- Por la suma de $ 216.900 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 173073, más los intereses moratorios exigibles desde el 18 de mayo del 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

6.- Por la suma de $ 106.000 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 173834, más los intereses moratorios exigibles desde el 18 de mayo del 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

7.- Por la suma de $ 586.400 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 174935, más los intereses moratorios exigibles desde el 18 de mayo del 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

8.- Por la suma de $ 112.400 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 175932, más los intereses moratorios exigibles desde el 18 de mayo del

2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

9.- Por la suma de $ 643.900 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 175987, más los intereses moratorios exigibles desde el 18 de mayo del 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

10.- Por la suma de $ 819.600 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 176013, más los intereses moratorios exigibles desde el 18 de mayo del 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

11.- Por la suma de $ 57.000 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 171552, más los intereses moratorios exigibles desde el 25 de mayo de 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

12.- Por la suma de $ 303.750 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 174050, más los intereses moratorios exigibles desde el 25 de mayo de 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

13.- Por la suma de $ 118.600 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 174917, más los intereses moratorios exigibles desde el 13 de junio del 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

14.- Por la suma de $ 121.000 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 172621, más los intereses moratorios exigibles desde el 21 de junio de 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

15.- Por la suma de $14.250 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 173812, más los intereses moratorios exigibles desde el 21 de junio de 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

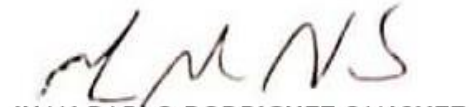
16.- Por la suma de $55.125 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 173847, más los intereses moratorios exigibles desde el 21 de junio de 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

17.- Por la suma de $15.125 M/CTE, correspondiente al capital insoluto de la factura No. 175221, más los intereses moratorios exigibles desde el 21 de junio de 2019, liquidados de conformidad a la tasa máxima legal autorizada por la Superintendencia Bancaria y hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.

TERCERO. - ORDENAR la notificación por estado de esta providencia al demandado de conformidad con el numeral 1 del artículo 463 del CGP; previa advertencia que dispone de cinco (5) días para pagar y diez (10) días para excepcionar, términos que correrán simultáneamente.

CUARTO. - SUSPENDER el pago a los acreedores y EMPLAZAR a todos los que tengan créditos con títulos de ejecución contra el deudor, para que comparezcan a hacerlos valer mediante acumulación de sus demandas, dentro de los cinco (5) días siguientes. El emplazamiento se surtirá mediante la inclusión de los datos del proceso en un listado que se publicará en la forma establecida en artículo 108 del CGP en concordancia con lo previsto en el artículo 10 del Decreto 806 del 2020.

NOTIFÍQUESE,



JUAN PABLO RODRIGUEZ SANCHEZ
JUEZ

NSP

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Proceso Ejecutivo Rad. 2021 – 00645 - 00

JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA

Neiva, 2 de Septiembre de 2022. El auto que inmediatamente procede fue notificado por estado electrónico en la página institucional de hoy a las 7:00 a.m.

(Original firmado)
GINA CATHERINE PÁRAMO BERNAL
SECRETARIA

JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA

Neiva, 12 de Septiembre de 2022. El día 7 de Septiembre de 2022 a las 5:00 p.m quedo ejecutoriado el auto anterior. Inhábiles 3 y 4 de Septiembre de 2022. Queda corriendo el término para contestar y/o excepcionar.

(Original firmado)
GINA CATHERINE PÁRAMO BERNAL
SECRETARIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

Doctor
JUAN PABLO RODRIGUEZ SANCHEZ
Juez
JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS DE NEIVA
cmpl06nei@cendoj.ramajudicial.gov.co
ESD.

Ref. Proceso Ejecutivo Singular.
Rad. 41001418900320210064500
Demandante: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Demandado: SEGUROS DEL ESTADO SA

JULIAN DAVID TRUJILLO MEDINA, mayor de edad, domiciliado en Neiva e identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 80.850.956 de Bogotá y Tarjeta Profesional No. 165.655 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de Apoderado de **SEGUROS DEL ESTADO S.A**., por medio del presente escrito encontrándome dentro de la oportunidad legal, procedo a contestar la demanda, en los siguientes términos:

I. PRESENTACIÓN DEMANDADO
(num. 1, art. 96 CG del P).

La demandada es la sociedad comercial **SEGUROS DEL ESTADO SA**, creada conforme las leyes de la República de Colombia, e identificada con el NIT 860.009.578-6. Dicho ente encuentra su domicilio en la ciudad de Bogotá DC, en la Carrera 11 N° 90 - 20, y cuenta con el buzón electrónico juridico@segurosdelestado.com

La sociedad anotada es representada legalmente por el ciudadano colombiano **HECTOR ARENAS CEBALLOS**, quien se identifica con la cédula N° 79.443.951 expedida en Bogotá y se encuentra en uso, goce y ejercicio pleno de sus derechos civiles y políticos; cuyo domicilio también se encuentra en la ciudad de Bogotá.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA
(num. 2, art. 96 del CG del P)

El hecho **primero** de la demanda: NO SE ADMITE.

De un lado, debe existir la póliza SOAT, como contrato previo para activar sus coberturas, de suerte que, en éste caso, de haberse prestado los servicios de salud que alude la demandante, SEGUROS DEL ESTADO SA, es obligado al pago siempre que se afecte la cobertura de una póliza SOAT que haya emitido.

De otro lado, el pago por los servicios que dijo prestar la demandante, está precedido de la presentación de una reclamación formal, empleando el formulario FURIPS, y, aportando cada uno de los requisitos (anexos) expuestos en la Ley y los reglamentos, para sentar dicha reclamación y así considerarla, pues, hasta tanto, será un mero aviso de siniestro.

A la postre, se verifica la reclamación que, entre otras, es pasible de ser objetada y glosada, cada uno de tales actos es gobernado por normas diferentes, pero impiden que la reclamación tenga mérito ejecutivo (art. 1053, C. CIO).

Y es que, no **puede olvidar Señoría que las facturas cambiarias son títulos causales**, es decir, provienen de un negocio jurídico previo, para el caso, la póliza SOAT.

El hecho **segundo** de la demanda: SE ADMITE, parcialmente.

Es importante señalar al despacho que no se presentan facturas para pago sino reclamaciones derivadas de la atención medica prestada con fundamento en una póliza de Seguro obligatorio de Accidentes de tránsito.

Además, **cada una de las reclamaciones que se indican en éste hecho, recibieron glosa u objeción**, TODAS, porque la IPS demandante, deliberadamente omitió presentar los soportes, anexos que impone la Ley, o, en su defecto, cobró ítems que no eran procedentes.

Por tanto, cada una de las *reclamaciones* que se aportó, fue objetada y carece de exigibilidad.

El hecho **tercero** de la demanda: NO SE ADMITE. El lugar de cumplimiento de la obligación *indemnizatoria* de no pago por los servicios de salud prestados, en tanto, se afecta una póliza SOAT, es el lugar en que reside el demandado, es decir, el asegurador. Sin embargo, no replicaremos sobre la competencia territorial.

El hecho **cuarto** de la demanda**:** NO SE ADMITE.

Si la demandante no formaliza una reclamación, la póliza no presta mérito ejecutivo (art. 1053, C. de Cio). Si la reclamación es objetada, la póliza no presta mérito ejecutivo (art. 1053, C. de Cio). Si la reclamación es glosada, no presta mérito ejecutivo (art. 6, Res. 1915 de 2008, modificada por la Resolución 1136 de 2012, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social).

Conforme lo anterior, la obligación de pago nunca nació para SEGUROS DEL ESTADO SA, respecto de las reclamaciones que se presentan en éste caso.

Por otra parte, no es cierto que las reclamaciones hayan sido pagadas, glosadas u objetadas extemporáneamente tal como se observa en las excepciones y en las documentales que se aportaran.

El hecho **quinto** de la demanda: NO SE ADMITE.

La mora no puede presentarse, o existir, si la obligación de indemnizar no ha nacido (art. 1080, C. de Cio). En éste caso, la obligación de indemnizar en cabeza de SEGUROS DEL ESTADO SA, no nació, y, por lo mismo, no hay mora en el pago.

El hecho **sexto** de la demanda: NO SE ADMITE.

El artículo 1080 del C. de Cio., habla específicamente sobre la acreditación del derecho, es decir sobre el hecho que se presente la reclamación donde se demuestre la ocurrencia del hecho, su naturaleza y cuantía, mas no de la presentación de una factura, ahora bien, dentro de las reclamaciones que pretenden ser cobradas en el presente asunto, es claro que las mismas no acreditaron en debida forma su naturaleza y cuantía, tanto así que fueron glosadas, razón por la que mi representada no puede ser condenada al pago de intereses de mora.

El hecho **séptimo** de la demanda: ES CIERTO.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

(num. 2, art. 96 del CG del P)

A la **primera pretensión** de la demanda: Nos oponemos.

A la **segunda pretensión** de la demanda: Nos oponemos.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO

(num. 3, art. 96 del CG del P)

1. COBRO DE LO NO DEBIDO

La demandante no ha demostrado la existencia del derecho reclamado en tanto y en cuanto, no ha cumplido con las obligaciones legales de demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía y como consecuencia de ello no ha nacido a la vida jurídica el derecho reclamado, ya que no basta la simple manifestación del demandante para crear un derecho, sino que se imponen obligaciones para la demostración del mismo los cuales como se ha manifestado a lo largo de este escrito no han sido cumplidos por la demandante.

Teniendo en cuenta que lo que pretende el actor es la declaratoria de la existencia de un derecho a su favor y a cargo de la demandada como consecuencia de la prestación de servicios de salud contenidos en reclamaciones, se debe observar si reclamación con el cual se pretende probar la obligación cumple con lo regulado en el artículo 1077 del Código de comercio, esta excepción la fundamento en el hecho que es obligación del interesado o beneficiario probar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía, en tanto que se pretende es la declaratoria de un derecho de contenido económico el cual se tiene como fundamento la reclamación presentada por la demandante, en tal caso se debe observar si la obligación

está sujeta alguna condición que debía cumplir la demandante para hacerse acreedora al pago pretendido, como quiera que los servicios aquí facturas derivan de la atención medica se hace necesario revisar si las sumas cobradas están dentro de los amparos cubiertos por la póliza SOAT y en caso contrario es obligación de la demandada objetar o glosar aquellos gastos que no se encuentren contemplados dentro de los amparos señalados legalmente o en los cuales no se haya probado que lo pretendido sea consecuencia de un accidente de tránsito en el cual se haya visto involucrado un vehículo asegurado con la compañía a la cual se le está realizando el cobro o en su defecto no se haya aportado la documentación exigida por la legislación que trata la materia, tal como lo señala el art. 1077 del Código de comercio, el Decreto 663 de 1993 art. 194 y los Decretos 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de 2016) y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016)Verbigracia de lo anterior es que la demandada gloso y objeto los cobros que no cumplían con los requisitos exigidos por la ley y de tales glosas y objeciones fueron notificadas a la demandante y la cual manifiesta en la demanda que las objeciones y glosas fueron solucionadas sin embargo no aporta copia de entrega de la documentación solicitada para reconsiderar las glosas ni las objeciones, razones por las cuales fueron ratificadas por la demandada.

Como quiera que para que opere la póliza SOAT, se debe demostrar que lo pretendido es consecuencia de un accidente de tránsito donde se vio involucrado un vehículo asegurado con la compañía y que la atención medica deriva de dicho accidente no se ha probado por la demandante que los cobros anteriormente mencionados sean consecuencia de accidentes de tránsito, razón por la cual no se ha demostrado que la obligación pretendida este a cargo de la demandada.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta excepción esta llamada a prosperar.

Ahora bien, atendiendo el auto mediante el cual se negó el recurso de reposición, es importante entonces señalar los fundamentos que tuvo mi representada para glosar cada una de las reclamaciones, y es que señor juez ruego a usted hacer un análisis exhaustivo y juicioso de cada uno de los motivos de glosa, ya que de conceder favorablemente las pretensiones a la demandante, se está afectando directamente dineros que corresponden no solo al paciente sino a la seguridad social, ya que la demandante no ha demostrado las razones por las cuales cobra servicios que no fueron pertinentes o sin allegar los soportes correspondientes, razón por la que me permite indicar los fundamentos que tuvo mi representada para glosar cada una de las reclamaciones, así:

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

RECLAMACIÓN	COD_OBJECION_MEDICA	COD_TARIFA_MEDICA	DESCRIP_OBJ_MEDICA	TEXTO_ARGUMENTACION	Suma de Valor_glosa
11186	**6021**	39143	**El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**	* Se glosa interconsulta hace parte del tratamiento recibido en este caso quirúrgico.	$ 50.600
11186	**6021**	39143	**Total El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**		**$ 50.600**
11186	**6021**	Total 39143			$ 50.600
11186	**Total 6021**				**$ 50.600**
11186	**6081**	21602	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	Código 21602 solo se reconoce uno (1), su cobro es por sesión de uso por Región Operatoria, no por placa y/o tomas.	$ 594.400
11186	**6081**	21602	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 594.400**
11186	**6081**	Total 21602			$ 594.400
11186	**Total 6081**				**$ 594.400**
11186	**7701**	21101	**IPS acepta glosa total**	IPS acepta glosa total	$ -
11186	**7701**	21101	**Total IPS acepta glosa total**		**$ -**
11186	**7701**	Total 21101			$ -

El Defensor del Consumidor Financiero es: Dr. Manuel Guillermo Rueda S. Dir.: Calle 28 13A-24 Of. 517 Bogotá D.C. Tel. 751 8874 E-mail: defensoriaestado@gmail.com
OFICINA PRINCIPAL: Carrera 11 N° 90-20 BOGOTÁ D.C. Conmutador: 2186977 - 6019330
LINEA DE ASISTENCIA: EN BOGOTÁ 3078288 – CELULAR #388 – FUERA DE BOGOTÁ 018000 12 30 10
www.segurosdelestado.com

11186	**Total 7701**				**$ -**
Total 11186					**$ 645.000**
11241	**6081**	21715	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	Glosa a RAYOS X Abdomen total no pertinente, toda vez que no existen hallazgos clínicos que sugieran trauma agudo por el cual se requiera de imagen mayor, como medida inicial se debe realizar ecofast, ecografía abdomen total.	$ 633.000
11241	**6081**	21715	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 633.000**
Total 11241					**$ 633.000**
11242	**1054**	39207	**No se reconoce sala de cirugía para procedimiento cruento, Se reconoce derecho de sala de procedimiento incruento un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico o la tarifa establecida para cada procedimiento. Según lo establecido en el numeral 51 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016**	**Se aplica art 49 y art 55 (derechos de sala y materiales) igual región operatoria.	$ 144.200
11242	**1054**	39207	**Total No se reconoce sala de cirugía para procedimiento cruento, Se reconoce derecho de sala de procedimiento incruento un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico o la tarifa establecida para cada procedimiento. Según lo establecido en el numeral 51 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016**		**$ 144.200**

11242	**1054**	Total 39207			$ 144.200
11242	**1054**	39209	**No se reconoce sala de cirugía para procedimiento cruento, Se reconoce derecho de sala de procedimiento incruento un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico o la tarifa establecida para cada procedimiento. Según lo establecido en el numeral 51 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016**	**Se aplica art 49 y art 55 (derechos de sala y materiales) igual región operatoria.	$ 233.000
11242	**1054**	39209	**Total No se reconoce sala de cirugía para procedimiento cruento, Se reconoce derecho de sala de procedimiento incruento un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico o la tarifa establecida para cada procedimiento. Según lo establecido en el numeral 51 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016**		**$ 233.000**
11242	**1054**	Total 39209			$ 233.000

11242	**1054**	39302	**No se reconoce sala de cirugía para procedimiento cruento, Se reconoce derecho de sala de procedimiento incruento un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico o la tarifa establecida para cada procedimiento. Según lo establecido en el numeral 51 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016**	**Se aplica art 49 y art 55 (derechos de sala y materiales) igual región operatoria.	$ 88.400
11242	**1054**	39302	**Total No se reconoce sala de cirugía para procedimiento cruento, Se reconoce derecho de sala de procedimiento incruento un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico o la tarifa establecida para cada procedimiento. Según lo establecido en el numeral 51 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016**		**$ 88.400**
11242	**1054**	39303	**No se reconoce sala de cirugía para procedimiento cruento, Se reconoce derecho de sala de procedimiento incruento un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico o la tarifa establecida para cada procedimiento. Según lo establecido en el numeral 51 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016**	**Se aplica art 49 y art 55 (derechos de sala y materiales) igual región operatoria.	$ 205.400

11242	**1054**	39303	**Total No se reconoce sala de cirugía para procedimiento cruento, Se reconoce derecho de sala de procedimiento incruento un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico o la tarifa establecida para cada procedimiento. Según lo establecido en el numeral 51 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016**		**$ 205.400**
11242	**6091**	15102	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	*no se reconoce desbridamiento por lesión de tejidos profundos más del 5% del área corporal ya que hace parte de la técnica quirúrgica utilizada para la realización de el colgajo realizado y las sutura descrita en hoja quirúrgica sujeto auditoria médica.	$ 121.300
11242	**6091**	15102	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 121.300**
11242	**6091**	Total 15102			$ 121.300
11242	**6091**	39103	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	*no se reconoce desbridamiento por lesión de tejidos profundos más del 5% del área corporal ya que hace parte de la técnica quirúrgica utilizada para la realización de el colgajo realizado y las sutura descrita en hoja quirúrgica sujeto auditoria médica.	$ 79.300
11242	**6091**	39103	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 79.300**
11242	**6091**	Total 39103			$ 79.300

11242	**6091**	39207	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	*no se reconoce desbridamiento por lesión de tejidos profundos más del 5% del área corporal ya que hace parte de la técnica quirúrgica utilizada para la realización de el colgajo realizado y las sutura descrita en hoja quirúrgica sujeto auditoria médica.	$ 144.200
11242	**6091**	39207	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 144.200**
11242	**6091**	Total 39207			$ 144.200
11242	**6091**	39302	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	*no se reconoce desbridamiento por lesión de tejidos profundos más del 5% del área corporal ya que hace parte de la técnica quirúrgica utilizada para la realización de el colgajo realizado y las sutura descrita en hoja quirúrgica sujeto auditoria médica.	$ 88.400
11242	**6091**	39302	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 88.400**
Total 11242					**$ 1.104.200**
11246	**6101**	39145	**Los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.**	Se ratifica glosa por concepto de consulta de urgencias toda vez que se evidencia que el paciente llega remitido, se homologa y reconoce el código 39141.	$ 21.300
11246	**6101**	39145	**Total Los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.**		**$ 21.300**
11246	**6101**	Total 39145			$ 21.300
11246	**Total 6101**				**$ 21.300**

Total 11246					**$ 21.300**
11262	**6101**	39145	**Los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.**	no se reconoce consulta de urgencias toda vez que le paciente viene remitido. Sujeto a nueva auditoria medica.	$ 21.300
11262	**6101**	39145	**Total Los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.**		**$ 21.300**
11263	**6081**	21105	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	*No pertinente portátil (5) se paga por uso de maquina no por disparo *No pertinente EKG, pelvis (2), consulta preqx y preanestesia y una consulta especializada no pertinentes.	$ 102.600
11263	**6081**	21105	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 102.600**
11263	**6081**	Total 21105			$ 102.600
11263	**6081**	21602	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	*No pertinente portátil (5) se paga por uso de maquina no por disparo *No pertinente EKG, pelvis (2), consulta preqx y preanestesia y una consulta especializada no pertinentes.	$ 701.000
11263	**6081**	21602	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 701.000**
11263	**6081**	Total 21602			$ 701.000

11263	**6081**	25102	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	*No pertinente portátil (5) se paga por uso de maquina no por disparo *No pertinente EKG, pelvis (2), consulta preqx y preanestesia y una consulta especializada no pertinentes.	$ 45.300
11263	**6081**	25102	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 45.300**
11263	**6081**	Total 25102			$ 45.300
11263	**6081**	39137	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	*No pertinente portátil (5) se paga por uso de maquina no por disparo *No pertinente EKG, pelvis (2), consulta preqx y preanestesia y una consulta especializada no pertinentes.	$ 40.900
11263	**6081**	39137	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 40.900**
11263	**6081**	Total 39137			$ 40.900
11263	**6081**	39139	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	*No pertinente portátil (5) se paga por uso de maquina no por disparo *No pertinente EKG, pelvis (2), consulta preqx y preanestesia y una consulta especializada no pertinentes.	$ 40.900
11263	**6081**	39139	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 40.900**
11263	**6081**	Total 39139			$ 40.900

11263	**6081**	39143	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	*No pertinente portátil (5) se paga por uso de maquina no por disparo *No pertinente EKG, pelvis (2), consulta preqx y preanestesia y una consulta especializada no pertinentes.	$ 47.800
11263	**6081**	39143	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 47.800**
11263	**6081**	Total 39143			$ 47.800
11263	**Total 6081**				**$ 978.500**
11263	**7702**	19290	**IPS acepta glosa parcialmente**	PSS acepta glosa	$ -
11263	**7702**	19290	**Total IPS acepta glosa parcialmente**		**$ -**
Total 11263					**$ 978.500**
11287	**6012**	38124	**El cargo por estancia en habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**	Se conserva tipificación inicial de glosa, no se reconoce estancia, sin justificación medica para el cobro, se homologa cobro por el código 38925 Estancia Sala de observación nivel 2 ($ 73.700), de acuerdo a hallazgos clínicos descritos, evolución y tratamiento suministrado al paciente se correlaciona con hallazgos registrados por Auditoría In Situ.	$ 79.200
11287	**6012**	38124	**Total El cargo por estancia en habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**		**$ 79.200**
Total 11287					**$ 79.200**
11291	**6091**	21602	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro toda vez que se reconoce por uso no por proyecciones o disparos	$ 560.800

11291	**6091**	21602	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 560.800**
11291	**6091**	Total 21602			$ 560.800
11291	**6091**	39137	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro, toda vez que hace parte integral de procedimiento qx	$ 40.900
11291	**6091**	39137	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 40.900**
11291	**6091**	Total 39137			$ 40.900
11291	**6091**	39143	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro, toda vez que hace parte integral de procedimiento qx	$ 143.400
11291	**6091**	39143	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 143.400**
11297	**6021**	39145	**El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**	Se homologa código 39145 a 39141 de acuerdo a soportes paciente remitido	$ 6.600

11297	**6021**	39145	**Total El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**		**$ 6.600**
11298	**1051**	39208	**Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.**	Glosa derechos de sala y derechos de material grupo 6 toda vez que este procedimiento es realizado por diferente vía misma región. No da lugar a cobro.	$ 302.800
11298	**1051**	39208	**Total Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.**		**$ 302.800**
11298	**1051**	Total 39208			$ 302.800
11298	**1051**	39305	**Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.**	Glosa derechos de sala y derechos de material grupo 6 toda vez que este procedimiento es realizado por diferente vía misma región. No da lugar a cobro.	$ 47.800
11298	**1051**	39305	**Total Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.**		**$ 47.800**
11303	**6091**	29112	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	se glosa 7 terapias físicas ya que no son pertinentes ya que se realizaron el mismo día, ya que no deja un proceso de descasar al cuerpo	$ 149.100

11303	**6091**	29112	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 149.100**
11303	**6091**	Total 29112			$ 149.100
11303	**Total 6091**				**$ 149.100**
Total 11303					**$ 149.100**
11309	**6081**	21701	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	Se glosa TAC DE CRANEO SIMPLE toda vez que no es pertinente para el manejo medico del paciente; no refiere amnesia del evento, perdida de la conciencia , alteración en escala de Glasgow; paciente presenta cefalea toda vez que se encuentra en fase aguda del trauma	$ 462.100
11309	**6081**	21701	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 462.100**
11309	**6081**	Total 21701			$ 462.100
11309	**Total 6081**				**$ 462.100**
Total 11309					**$ 462.100**
11313	**1022**	39137	**En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.**	No se reconoce código (escriba el código) toda vez que se trató de una interconsulta de (escriba la especialidad), que derivó en procedimiento: (escriba el procedimiento) código: (escriba el código del procedimiento), lo cual no da lugar a cobro al estar incluidos sus honorarios en el procedimiento descrito según numeral 47,10 y ,75 y 76 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016.	$ 40.900

11313	**1022**	39137	**Total En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.**		**$ 40.900**
11313	**1022**	Total 39137			$ 40.900
11313	**1022**	39139	**En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.**	No se reconoce código (escriba el código) toda vez que se trató de una interconsulta de (escriba la especialidad), que derivó en procedimiento: (escriba el procedimiento) código: (escriba el código del procedimiento), lo cual no da lugar a cobro al estar incluidos sus honorarios en el procedimiento descrito según numeral 47,10 y ,75 y 76 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016.	$ 40.900
11313	**1022**	39139	**Total En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.**		**$ 40.900**
11313	**1022**	Total 39139			$ 40.900
11313	**Total 1022**				**$ 81.800**
11313	**1062**	70074	**Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral, según lo establecido en el numeral 54 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016**	Insumos y medicamentos incluidos en derechos de salas y materiales.	$ 3.000
11313	**1062**	70074	**Total Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral, según lo establecido en el numeral 54 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016**		**$ 3.000**
11313	**1062**	Total 70074			$ 3.000
11313	**Total 1062**				**$ 3.000**

11313	**1072**	70000	**El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la Aseguradora no tiene que asumir según lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y Circular 015 de 2016 de la SNS.**	Insumos y medicamentos incluidos en derechos de salas y materiales.	$ 4.819
11313	**1072**	70000	**Total El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la Aseguradora no tiene que asumir según lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y Circular 015 de 2016 de la SNS.**		**$ 4.819**
11313	**1072**	Total 70000			$ 4.819
11313	**Total 1072**				**$ 4.819**
Total 11313					**$ 89.619**
11415	**6021**	39137	**El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**	no justificación para cobro toda vez que hace parte de cuidados integrales de procedimiento qx	$ 40.900
11415	**6021**	39137	**Total El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**		**$ 40.900**
11415	**6021**	Total 39137			$ 40.900
11415	**6021**	39143	**El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**	No justificación de cobro toda vez que se genera de cuidados posoperatorios. en soportes anexos a la reclamación paciente por especialidad de ortopedia de acuerdo al mecanismo de trauma	$ 101.200

11415	**6021**	39143	**El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**	no justificación para cobro toda vez que hace parte de cuidados integrales de procedimiento qx	$ 143.400
11415	**6021**	39143	**Total El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**		**$ 244.600**
11415	**6021**	Total 39143			$ 244.600
11415	**Total 6021**				**$ 285.500**
11415	**6091**	39304	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	Se reliquida valores se reconoce como procedimiento mayor de acuerdo hallazgos y descripción quirúrgica 14332 Ligamentorrafia o reinserción ligamentos (una a dos) no justificación para cobro con cod 13725 corrección quirurgica ligamentaria sustitutiva por autoinjerto	$ 147.000
11415	**6091**	39304	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 147.000**
11415	**6091**	Total 39304			$ 147.000
11415	**Total 6091**				**$ 147.000**
Total 11415					**$ 432.500**
11450	**6021**	39145	**El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**	No se reconoce procedimiento realizado por no reunir los criterios de pertinencia médica establecidos en el Anexo Técnico N° 6 de la Resolución 3047,especificamente Falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la descripción de las heridas las cuales según los soportes enviados, el mecanismo del trauma y la función social y solidaria del SOAT se hubiese podido realizar en sala	$ 21.300

				de suturas por médico general con similares resultados de costo-beneficio y de calidad en la atención en salud	
11450	**6021**	39145	**Total El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**		**$ 21.300**
11450	**6021**	Total 39145			$ 21.300
11450	**Total 6021**				**$ 21.300**
Total 11450					**$ 21.300**
11451	**2081**	21601	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**	El valor reclamado por código 21601, supera los valores establecidos en el Decreto 780 de 2016 con las tarifas actualizadas a la fecha de prestación del servicio.	$ 167.400
11451	**2081**	21601	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**		**$ 167.400**
11451	**2081**	Total 21601			$ 167.400
11451	**Total 2081**				**$ 167.400**
Total 11451					**$ 167.400**

11452	**1081**	21602	**Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.**	Los cargos por ayudas diagnósticas (rx portátiles) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.se objetan 4 se evidencia soporte de un portátil con fluoroscopia . sujeto auditoria.	$ 560.800
11452	**1081**	21602	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.**		**$ 560.800**
11452	**1081**	Total 21602			$ 560.800
11452	**Total 1081**				**$ 560.800**
Total 11452					**$ 560.800**
11473	**6091**	13500	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro, drenaje y curetaje de acuerdo hallazgos no fx expuesta	$ 186.700
11473	**6091**	13500	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 186.700**
11473	**6091**	Total 13500			$ 186.700
11473	**6091**	13723	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	se reliaquida valores se reconoce de acuerdo a hallazgos y descripción qx lesión en tobillo no en rodilla se reconoce cod 14332 Ligamentorrafia o reinserción ligamentos (una a dos)	$ 140.700

11473	**6091**	13723	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 140.700**
11473	**6091**	Total 13723			$ 140.700
11473	**6091**	39107	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro, drenaje y curetaje de acuerdo hallazgos no fx expuesta	$ 106.800
11473	**6091**	39107	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 106.800**
11473	**6091**	Total 39107			$ 106.800
11473	**6091**	39110	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	se reliaquida valores se reconoce de acuerdo a hallazgos y descripción qx lesión en tobillo no en rodilla se reconoce cod 14332 Ligamentorrafia o reinserción ligamentos (una a dos)	$ 85.700
11473	**6091**	39110	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 85.700**
11473	**6091**	Total 39110			$ 85.700
11473	**6091**	39120	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro, drenaje y curetaje de acuerdo hallazgos no fx expuesta	$ 51.100

11473	**6091**	39120	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 51.100**
11473	**6091**	Total 39120			$ 51.100
11473	**6091**	39123	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	se reliaquida valores se reconoce de acuerdo a hallazgos y descripción qx lesión en tobillo no en rodilla se reconoce cod 14332 Ligamentorrafia o reinserción ligamentos (una a dos)	$ 38.700
11473	**6091**	39123	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 38.700**
11473	**6091**	Total 39123			$ 38.700
11473	**6091**	39137	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro,honorarios de anestesia y consulta especialista toda vez que hace parte integral de posoperatorio	$ 43.300
11473	**6091**	39137	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 43.300**
11473	**6091**	Total 39137			$ 43.300
11473	**6091**	39139	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro,honorarios de anestesia y consulta especialista toda vez que hace parte integral de posoperatorio	$ 43.300

11473	**6091**	39139	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 43.300**
11473	**6091**	Total 39139			$ 43.300
11473	**6091**	39211	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro, drenaje y curetaje de acuerdo hallazgos no fx expuesta	$ 308.700
11473	**6091**	39211	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 308.700**
11473	**6091**	Total 39211			$ 308.700
11473	**6091**	39214	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	se reliaquida valores se reconoce de acuerdo a hallazgos y descripción qx lesión en tobillo no en rodilla se reconoce cod 14332 Ligamentorrafia o reinserción ligamentos (una a dos)	$ 145.700
11473	**6091**	39214	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 145.700**
11473	**6091**	Total 39214			$ 145.700
11473	**6091**	39303	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro, drenaje y curetaje de acuerdo hallazgos no fx expuesta	$ 217.700

11473	**6091**	39303	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 217.700**
11473	**6091**	Total 39303			$ 217.700
11473	**6091**	39304	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	se reliaquida valores se reconoce de acuerdo a hallazgos y descripción qx lesión en tobillo no en rodilla se reconoce cod 14332 Ligamentorrafia o reinserción ligamentos (una a dos)	$ 26.100
11473	**6091**	39304	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 26.100**
11473	**6091**	Total 39304			$ 26.100
11473	**Total 6091**				**$ 1.394.500**
Total 11473					**$ 1.394.500**
11484	**1022**	39137	**En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.**	No se reconoce código (39137-39139) toda vez que se trató de una interconsulta de (ortopedia-anestesia), que derivó en procedimiento: (osteosíntesis en tibia o peroné) código: (13580), lo cual no da lugar a cobro al estar incluidos sus honorarios en el procedimiento descrito según numeral 47,10 y ,75 y 76 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016.	$ 40.900
11484	**1022**	39137	**Total En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.**		**$ 40.900**
11484	**1022**	Total 39137			$ 40.900

11484	**1022**	39139	**En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.**	No se reconoce código (39137-39139) toda vez que se trató de una interconsulta de (ortopedia-anestesia), que derivó en procedimiento: (osteosíntesis en tibia o peroné) código: (13580), lo cual no da lugar a cobro al estar incluidos sus honorarios en el procedimiento descrito según numeral 47,10 y ,75 y 76 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016.	$ 40.900
11484	**1022**	39139	**Total En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.**		**$ 40.900**
11484	**1022**	Total 39139			$ 40.900
11484	**Total 1022**				**$ 81.800**
11484	**2141**	70001	**Los cargos por materiales de osteosíntesis que vienen relacionados en los soportes de la factura no cuentan con la justificación de su costo, toda vez que excede los valores del precio promedio del mercado según lo establecido en los numerales 55 y 56 del Anexo técnico 1 del decreto 780 de 2016y Circular 015 de 2016 emitida por la SNS, teniendo en cuenta la función social del SOAT**	Los cargos por materiales de osteosíntesis que vienen relacionados en los soportes de la factura no cuentan con la justificación de su costo(tor cor tit bajo perfil 4.5x36 y 4.5x46) se encuentra con valor referencia unidad $124.560, se hace glosa de excedente ,toda vez que excede los valores del precio promedio del mercado según lo establecido en los numerales 55 y 56 del Anexo técnico 1 del decreto 780 de 2016y Circular 015 de 2016 emitida por la SNS, teniendo en cuenta la función social del SOAT	$ 373.680
11484	**2141**	70001	**Total Los cargos por materiales de osteosíntesis que vienen relacionados en los soportes de la factura no cuentan con la justificación de su costo, toda vez que excede los valores del precio promedio del mercado según lo establecido en los numerales 55 y 56 del Anexo técnico 1 del decreto 780 de 2016y Circular 015 de 2016 emitida por la SNS, teniendo en cuenta la función social del SOAT**		**$ 373.680**

11484	**2141**	Total 70001			$ 373.680
11484	**Total 2141**				**$ 373.680**
11484	**3081**	19290	**Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura, según los requisitos de los Decreto 780 de 2016, Resolución 1645 de 2016 y Circular 015 de 2016 de la SNS.**	El valor reclamado por (19290) reclamado, supera los valores establecidos en el Decreto 780 de 2016 con las tarifas actualizadas a la fecha de prestación del servicio.	$ 100
11484	**3081**	19290	**Total Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura, según los requisitos de los Decreto 780 de 2016, Resolución 1645 de 2016 y Circular 015 de 2016 de la SNS.**		**$ 100**
11484	**3081**	Total 19290			$ 100
11484	**Total 3081**				**$ 100**
11484	**3082**	21602	**Se descuenta el 25% del valor estipulado para el examen identificado, toda vez que no se anexa a la reclamación el respectivo informe escrito del médico especialista radiólogo según lo establecido en aplicación el numeral 22 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016.**	Se descuenta el 25% del valor estipulado para el examen identificado (21102-21602) toda vez que no se anexa a la reclamación el respectivo informe escrito del médico especialista radiólogo según lo establecido en aplicación el numeral 22 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016.	$ 175.250

11484	**3082**	21602	**Total Se descuenta el 25% del valor estipulado para el examen identificado, toda vez que no se anexa a la reclamación el respectivo informe escrito del médico especialista radiólogo según lo establecido en aplicación el numeral 22 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016.**		**$ 175.250**
11484	**3082**	Total 21602			$ 175.250
11484	**Total 3082**				**$ 175.250**
Total 11484					**$ 630.830**
11533	**6011**	38122	**El cargo por estancia, sea ésta en observación o, habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**	Se glosa estancia hospitalaria habitación bipersonal nivel correspondiente a1 día debido a que se evidenció falta de oportunidad en la prestación del servicio quirúrgico y/o valoración médica de ortopedia y traumatología lo cual prolongo la estadía del usuario en la IPS.sujeto auditoria médica.	$ 231.900
11533	**6011**	38122	**Total El cargo por estancia, sea ésta en observación o, habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**		**$ 231.900**
11533	**6011**	Total 38122			$ 231.900
11533	**Total 6011**				**$ 231.900**
11533	**6061**	70074	**Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	Se glosa el insumo (vendas y equipo bomba), el cual No es facturable toda vez que se encuentra incluido en los derechos de sala" según lo establecido en el Parágrafo 2, Artículo 49 del Decreto 2423 de 1996"	$ 23.100

11533	**6061**	70074	**Total Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 23.100**
11533	**6061**	Total 70074			$ 23.100
11533	**Total 6061**				**$ 23.100**
11533	**6081**	21602	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	Los cargos por ayudas diagnósticas portátiles con fluoroscopia que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.se evidencia soporte de 1 se objetan 4 sujeto auditoria.	$ 560.800
11533	**6081**	21602	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 560.800**
11533	**6081**	Total 21602			$ 560.800
11533	**Total 6081**				**$ 560.800**
Total 11533					**$ 815.800**
11534	**6091**	21602	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro toda vez que se reconoce por utilización de servicios no por proyecciones	$ 1.261.800
11534	**6091**	21602	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 1.261.800**
11534	**6091**	Total 21602			$ 1.261.800

11534	**6091**	39211	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro en procedimiento de osteosíntesis ya reconocido	$ 291.200
11534	**6091**	39211	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 291.200**
11534	**6091**	Total 39211			$ 291.200
11534	**6091**	39303	**Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**	no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro en procedimiento de osteosíntesis ya reconocido	$ 205.400
11534	**6091**	39303	**Total Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.**		**$ 205.400**
11534	**6091**	Total 39303			$ 205.400
11534	**Total 6091**				**$ 1.758.400**
11534	**7701**	19290	**IPS acepta glosa total**	Se evidencia glosa aceptada por PSS en documento respuesta a glosas anexo del día 22/04/2020.	$ -
11534	**7701**	19290	**Total IPS acepta glosa total**		**$ -**
11534	**7701**	Total 19290			$ -
11534	**Total 7701**				**$ -**
11534	**7702**	70000	**IPS acepta glosa parcialmente**	Se evidencia glosa aceptada por PSS por valor $963.800 en documento respuesta glosa del día 22/04/2020; se levanta glosa restante por concepto de medicamentos.	$ -

11534	**7702**	70000	**Total IPS acepta glosa parcialmente**		**$ -**
11534	**7702**	Total 70000			$ -
11534	**Total 7702**				**$ -**
Total 11534					**$ 1.758.400**
11547	**6021**	39143	**El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**	Las valoraciones por especialidades se solicitan bajo criterio de pertinencia y de acuerdo a clínica de paciente no como apoyo diagnóstico y/o terapeutico. Rayos X que no demuestra trauma agudo por el cual se requiera de valoración por la especialidad.	$ 50.600
11547	**6021**	39143	**Total El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.**		**$ 50.600**
11547	**6021**	Total 39143			$ 50.600
11547	**Total 6021**				**$ 50.600**
Total 11547					**$ 50.600**
11548	**1022**	39137	**En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.**	No se reconoce código (39137) toda vez que se trató de una interconsulta que derivó en procedimiento, lo cual no da lugar a cobro al estar incluidos sus honorarios en el procedimiento descrito según numeral 47,10 y ,75 y 76 del Anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016.	$ 40.900
11548	**1022**	39137	**Total En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador.**		**$ 40.900**
11548	**1022**	Total 39137			$ 40.900
11548	**Total 1022**				**$ 40.900**

11548	**3151**	39106	**Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.**	* se glosan procedimientos quirúrgicos toda vez que no se evidencia descripción operatoria de cirugía ni el record de anestesia. * sujeto a Auditoria Médica con soportes.	$ 3.000
11548	**3151**	39106	**Total Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.**		**$ 3.000**
11548	**3151**	Total 39106			$ 3.000
11548	**Total 3151**				**$ 3.000**
Total 11548					**$ 43.900**
11557	**2081**	21101	**Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**	Mayor valor cobrado por los cargos por las ayudas diagnosticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados. Se glosa la diferencia.	$ 400
11557	**2081**	21101	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**		**$ 400**
11557	**2081**	Total 21101			$ 400
11557	**Total 2081**				**$ 400**
Total 11557					**$ 400**
11558	**5121**	21602	**El valor facturado excede el tope de cobertura de 800 SMLDV para el amparo de Gastos médicos establecido en el decreto 780 de 2016**	El valor facturado excede el tope de cobertura	$ 2.230.800

11558	**5121**	21602	**Total El valor facturado excede el tope de cobertura de 800 SMLDV para el amparo de Gastos médicos establecido en el decreto 780 de 2016**		**$ 2.230.800**
11558	**5121**	Total 21602			$ 2.230.800
11558	**Total 5121**				**$ 2.230.800**
11558	**7701**	21101	**IPS acepta glosa total**	IPS acepta glosa total	$ -
11558	**7701**	21101	**Total IPS acepta glosa total**		**$ -**
11558	**7701**	Total 21101			$ -
11558	**Total 7701**				**$ -**
Total 11558					**$ 2.230.800**
11559	**1064**	70074	**Material o insumo no facturable, según lo establecido en el Decreto 780 de 2016**	Se glosa el insumo (vendas y equipo bomba), el cual No es facturable toda vez que se encuentra incluido en los derechos de sala" según lo establecido en el Parágrafo 2, Artículo 49 del Decreto 2423 de 1996"	$ 25.600
11559	**1064**	70074	**Total Material o insumo no facturable, según lo establecido en el Decreto 780 de 2016**		**$ 25.600**
11559	**1064**	Total 70074			$ 25.600
11559	**Total 1064**				**$ 25.600**
Total 11559					**$ 25.600**
184085	**1081**	21602	**Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.**	SE GLOSAN 4 RAYOS X CON FLUOROSCOPIA TOMADOS EN EL ACTO QUIRURGICO, TODA VEZ QUE SU RECONOCIEMINTO ES UNO POR PROCEDMIENTO INDEPENDIENTE DE LOS DISPAROS REALIZADOS DURANTE EL PROCEDMIENTO	$ 560.800

184085	**1081**	21602	**Total Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.**		**$ 560.800**
184085	**1081**	Total 21602			$ 560.800
184085	**Total 1081**				**$ 560.800**
184085	**2041**	13580	**Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**	El valor reclamado por el servicio,supera el valor definido por la normatividad SOAT vigente.	$ 30.700
184085	**2041**	13580	**Total Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**		**$ 30.700**
184085	**2041**	Total 13580			$ 30.700
184085	**2041**	39110	**Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**	El valor reclamado por el servicio,supera el valor definido por la normatividad SOAT vigente.	$ 17.900

184085	**2041**	39110	**Total Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**		**$ 17.900**
184085	**2041**	Total 39110			$ 17.900
184085	**2041**	39123	**Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**	El valor reclamado por el servicio,supera el valor definido por la normatividad SOAT vigente.	$ 8.400
184085	**2041**	39123	**Total Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**		**$ 8.400**
184085	**2041**	Total 39123			$ 8.400
184085	**2041**	39214	**Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**	El valor reclamado por el servicio,supera el valor definido por la normatividad SOAT vigente.	$ 49.200

184085	**2041**	39214	**Total Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**		**$ 49.200**
184085	**2041**	Total 39214			$ 49.200
184085	**2041**	39304	**Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**	El valor reclamado por el servicio,supera el valor definido por la normatividad SOAT vigente.	$ 24.500
184085	**2041**	39304	**Total Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias entre el valor reclamado por el beneficiario y el valor establecido en el Decreto 780 de 2016.**		**$ 24.500**
184085	**Total 2041**				**$ 130.700**
Total 184085					**$ 691.500**
Total general					**$ 14.109.949**

2. PAGO CON GLOSA RATIFICADA

Ahora bien, un grupo de reclamaciones, fueron objeto de glosa, la cual a pesar que fue respondida por la entidad reclamante, no logró superar satisfactoriamente la no conformidad en los términos establecidos en la ley, por lo que Seguros del Estado S.A, debió ratificar la objeción y glosar el porcentaje del valor del importe de la factura que no fue subsanado en debida forma y además muchas de ellas fueron contestadas de forma extemporánea por le Clínica.

N. Reclamación	Fecha de aviso	fecha de glosa	Termino entre aviso y gl	valor glosado	fecha de respuesta de la glosa por la clini	Termino entre aviso y gl	fecha de pago	Soporte_ de pago
FEC11186	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11186	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 688.300	26/06/2020	N/A		
FEC11241	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11241	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 683.800	26/06/2020	N/A		
FEC11242	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11242	18/03/2020	13/07/2020	N/A	$ 1.104.200	30/06/2020	N/A		
FEC11246	18/03/2020	15/04/2020	28	$ -		76	15/04/2020	TR468029
FEC11246	18/03/2020	15/07/2020	N/A	$ 36.000	30/06/2020	N/A	15/07/2020	TR476444
FEC11262	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11262	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 21.300	26/06/2020	N/A	3/07/2020	TR474629
FEC11263	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11263	18/03/2020	13/07/2020	N/A	$ 978.500	26/06/2020	N/A		
FEC11287	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11287	18/03/2020	14/07/2020	N/A	$ 79.200	26/06/2020	N/A	13/07/2020	TR476126
FEC11291	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11291	18/03/2020	11/07/2020	N/A	$ 745.100	30/06/2020	N/A	10/07/2020	TR475855
FEC11297	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11297	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 6.600	26/06/2020	N/A	3/07/2020	TR474629
FEC11298	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11298	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 350.600	26/06/2020	N/A		
FEC11303	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11303	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 149.100	26/06/2020	N/A	3/07/2020	TR474629
FEC11309	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11309	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 462.100	26/06/2020	N/A		
FEC11313	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11313	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 89.619	26/06/2020	N/A	3/07/2020	TR474629
FEC11415	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11415	18/03/2020	11/07/2020	N/A	$ 432.500	30/06/2020	N/A	10/07/2020	TR475855
FEC11450	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11450	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 21.300	26/06/2020	N/A	3/07/2020	TR474629
FEC11451	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11451	18/03/2020	8/07/2020	N/A	$ 297.200	30/06/2020	N/A	8/07/2020	TR475425
FEC11452	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11452	18/03/2020	6/07/2020	N/A	$ 560.800	26/06/2020	N/A	6/07/2020	TR475026
FEC11454	18/03/2020	7/04/2020	20	$ 262.080		N/A	6/04/2020	TR467191
FEC11473	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11473	18/03/2020	13/07/2020	N/A	$ 1.394.500	30/06/2020	N/A		
FEC11484	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11484	18/03/2020	8/07/2020	N/A	$ 630.830	30/06/2020	N/A	8/07/2020	TR475425
FEC11533	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11533	18/03/2020	8/07/2020	N/A	$ 815.800	26/06/2020	N/A	8/07/2020	TR475425
FEC11534	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11534	18/03/2020	15/07/2020	N/A	$ 1.758.400	30/06/2020	N/A	15/07/2020	TR476444
FEC11535	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11535	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 8.400	26/06/2020	N/A		
FEC11537	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11537	18/03/2020	14/07/2020	N/A	$ 1.654.154	30/06/2020	N/A	13/07/2020	TR476126
FEC11547	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		80	6/04/2020	TR467191
FEC11547	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 50.600	26/06/2020	N/A	3/07/2020	TR474629
FEC11548	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11548	18/03/2020	11/07/2020	N/A	$ 43.900	30/06/2020	N/A	10/07/2020	TR475855
FEC11557	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11557	18/03/2020	13/07/2020	N/A	$ 108.600	30/06/2020	N/A		
FEC11558	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11558	18/03/2020	15/07/2020	N/A	$ 2.230.800	30/06/2020	N/A	15/07/2020	TR476444
FEC11559	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		84	6/04/2020	TR467191
FEC11559	18/03/2020	8/07/2020	N/A	$ 25.600	30/06/2020	N/A	8/07/2020	TR475425
184085	18/03/2020	7/04/2020	20	$ -		N/A	6/04/2020	TR467191
184085	18/03/2020	3/07/2020	N/A	$ 691.500		N/A		

3.INEXIGIBILIDAD DEL TÍTULO PORQUE ESTABA SOMETIDO A CONDICIÓN:

A. Sin una reclamación presentada con el lleno de requisitos legales, esa radicación corresponde al aviso del siniestro, pendiente de recibo por SEGUROS DEL ESTADO SA, pues, se sabe, dista de ser una señal de recibido de la factura, de un lado, su regulación se encuentra en el artículo 1075 del Código de Comercio, y es una obligación del asegurado y/o beneficiario de la póliza.

B. A su turno, el artículo 23 del Decreto 3047 del 2007, el artículo 47 de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 3047 de 2008; y, el Decreto 056 de 2015 y la Resolución 1915 de 2008, ora, el Decreto 780 de 2018 y, a la postre, sus normas modificatorias, subrogatorias o derogatorias; disponen que las facturas no son exigibles, porque, precisamente, están sujetas a debate respecto a varios puntos concretos, propios de la reclamación y, a su vez, la glosa u objeción.

En éste caso, la aplicabilidad del régimen de objeciones, previsto en el artículo 1053 del Código de Comercio y el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (num. 4, art. 192); o, el de glosas, previsto en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, en consonancia con los Decretos 3990 de 2007, 3047 de 2007 y 056 de 2015; impiden la ejecutabilidad por inexigibilidad de las facturas o reclamaciones.

Ello, por demás, atendiendo que dan vida al anexo técnico N° 6 de la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009, que define que la 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*», o, lo que en derecho cambiario, aplicable a la factura, se denominaría *reclamación* (art. 86, L. 1676 de 2013), que, de suyo, impide la exigibilidad del título, dado su carácter causal.

A su paso, la Resolución 1915 de 2008, modificada por la Resolución 1136 de 2012, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que adoptó el denominado "Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios

prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos (Furips)"; y regula, respecto al pago de la indemnización, en el artículo 6 de este acto administrativo, que:

> «Artículo 6o. Pago de la indemnización. Las compañías de seguros y la Subcuenta ECAT de Fosyga deberán cancelar el valor de los gastos facturados **que no hubieren sido objetados dentro del término previsto en el artículo 1080 del Código de Comercio.**
>
> **Dentro del mismo plazo, deberán poner en conocimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud las objeciones a los gastos facturados**»
>
> -Se resalta-

Y, en éste caso, tales reclamaciones objeto de cobro compulsivo recibieron glosas y objeciones, por las causales que se señalaran, razón por la que deberá revisarse por parte del despacho si los servicios prestados eran pertinentes y cumplían con el lleno de los requisitos formales para su prestación y pago.

EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS

4.INEXISTENCIA DE LOS TÍTULOS BASE DE EJECUCION

El demandante allegó con la demanda, una serie de facturas o documentos equivalente para obtener el pago de servicios de salud, supuestamente prestados por la demandante a personas que tienen accidentes de tránsito, donde se encuentran involucrados vehículos que cuentan con póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito expedidas por la demandada, sin embargo, se observa que dichas facturas NO se encuentran acompañadas de **TODOS** los soportes necesarios, para efectos del cobro del servicio de salud supuestamente prestado, bástese ver el escrito de demanda y sus anexos para acceder a tal conclusión, por lo que **NO** se encuentra conformado en debida forma el título, que de acuerdo con la norma y la doctrina legal que rige este tipo tan especial de títulos valores complejos, como por ejemplo el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de 2016) y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016) se evidencia con claridad que no fueron aportados los documentos exigidos por dichas normas para complementar la obligación, por lo cual no le asiste razón a la demandante al señalar que ha cumplido con la obligación de allegar al

proceso un documento que soporte una obligación clara, expresa y exigible, como lo reclama el legislador para este tipo títulos complejos; nótese su Señoría que a las facturas, no se le anexó los documentos requeridos, como por ejemplo el Formulario único de reclamación para instituciones prestadoras de salud, etc.

La Corte Suprema de Justicia al momento de resolver tutela interpuesta por una Clínica que pretendía que se librara mandamiento de pago, pretensión que no prosperó ni en primera ni en segunda instancia al declarase probada la excepción de inexigibilidad de los títulos base de ejecución, y consideró la Corte Suprema en la referida sentencia (STC2064-2020),
" la normatividad llamada a regular el asunto era la relativa al cobro de las indemnizaciones derivadas de pólizas de seguro obligatorio por accidentes de tránsito, contenidas en los Decretos 663 de 1993, 3990 de 2007 y los artículos 1053 1077 del Código de Comercio y que tratándose del cobro de facturas atinentes a gastos médicos, la documentación necesaria para constituir el título ejecutivo complejo eran los Formularios de reclamación, según el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, certificado médico de atención, formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, la factura y fotocopia de la póliza"

Finalmente me permito reiterar lo sostenido a lo largo de este escrito sobre las facturas que por si solas no son título ejecutivo en lo que respecta a SOAT, toda vez que son un título complejo, título éste que brilla por su ausencia, ya que no fueron aportados la totalidad de documentos exigidos por la ley aplicable, tal cual como lo manifestó la Corte Suprema de Justicia de manera particular en la sentencia STC 2064-2020 Radicación Nº 11001-02- 03-000-2020-00426-00., sentencia que fuera confirmada en segunda instancia y resuelta por la Sala de Casación Laboral, Magistrado Ponente IVAN MAURICIO LENIS GOMEZ mediante fallo con radicado 88735 Acta 12 del 15 de abril de 2020, confirmándola en su integridad

"…La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia STC1808 (¿?) del 2 de noviembre de 2017, radicación 15001-22-13-000-2017-00637-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa, señaló expresamente que un título ejecutivo complejo puede estar constituido por varios que en conjunto demuestren la existencia de una obligación…

Sobre la factura de prestación de servicios el artículo 1o del inciso segundo de la Ley 1231 de 2008, señala "No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito". En materia de prestación de servicios de salud derivados de accidentes de tránsito con cargo a la póliza SOAT que expiden las aseguradoras, los requisitos de las facturas se encuentran definidos en el artículo 33 del Decreto 56 de 2015 y los artículos subsiguientes que lo desarrollan. La norma señala: "Artículo 33. Requisitos de la factura por prestación de servicios de salud o documento equivalente. La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes".

Las normas del citado decreto que reglamentan los requisitos que debe contener esta especie de facturación, los artículos 26, 31 y 32; el 26 señala cuáles son los soportes, indica cuáles son los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud y enumera los

documentos así: 1. Formulario de reclamación. 2. Epicrisis o resumen clínico. 3. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica y, por último, el original de la factura, aclarando que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del decreto de que estamos hablando.

El artículo 31 del mismo Decreto señala: "Contenido de la Epicrisis" (...) Luego el parágrafo indica que los requisitos contenidos en el presente artículo aplican para las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud y deben cumplir con su contenido obligatoriamente para el
pago de los servicios de salud correspondientes. El artículo 32 ya señalado indica qué debe contener el resumen de atención clínica y en el mismo parágrafo dice que deben presentarse como soporte de las reclamaciones por servicios de salud.

Ahora, siendo estos requisitos de orden sustancial, es decir, los relativos a la integración del título ejecutivo complejo, porque la ley los exige en este caso, se advierte que no se trata de una mera formalidad que pueda ser analizada en virtud del recurso de reposición contra el mandamiento de pago, por lo que bien podía el juez verificar la ocurrencia de estos en la sentencia que resolvió las excepciones de mérito. Además, que aun cuando el juez decidió desfavorablemente la reposición contra el mandamiento de pago, señalando que estaban cumplidos los requisitos formales del título, esta circunstancia no es óbice para que, de oficio o en cualquier momento, o en la sentencia de primera o en
la de segunda instancia, se vuelvan a examinar todos los requisitos del título. Así lo ha reiterado la doctrina de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia (¿?) del 14 de marzo de 2019, radicación 25000-22-13-000-2019-00018-01, magistrado ponente Luis Armando Tolosa.¨

Aplicando lo anteriormente señalado al caso concreto, se observa que las facturas libradas por la actora, no se ajustan a lo dispuesto por el anexo técnico 5 de la Resolución 3047 de 2008; ni reúnen la totalidad de los requisitos exigidos en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del Decreto 780 de 2016.

En este sentido y atendiendo la especialidad de las normas de los párrafos precedentes, deberá el despacho atenerse a ellas, pues tal regulación normativa dispone de manera enfática el procedimiento para el cobro de facturas por prestación de dichos servicios. Además, debe advertirse que dicha regulación no hace determinación expresa si su ámbito de aplicación sea el cobro administrativo o judicial. En este caso no existe sesgo alguno para exigirlas en el presente asunto.

Es evidente que las facturas demandadas carecen de los soportes exigidos en el anexo técnico 5 para cada clase de servicios, como lo son la autorización o aval para la prestación del servicio por parte del responsable de su pago, epicrisis, resultado de los exámenes de apoyo de diagnóstico, descripción quirúrgica, comprobante de recibido del usuario, orden y o formula médica, **DIAGNOSTICOS** historia clínica entre otras.

En conclusión, a ninguna de las facturas que respaldan la prestación del servicio médico aportadas como título base de la ejecución le fueron acompañados **TODOS** los soportes exigidos para esta especial clase de

títulos valores, los cuales resultan necesarios para exigir el pago de las obligaciones demandadas.

EXIGENCIA plasmada en el del los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 **PARÁGRAFO 1o.** Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud **deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes (subrayado y negrita fuera de texto)**

5.AUSENCIA DE LOS REQUISITOS PARA CONFORMAR EL TITULO VALOR COMPLEJO

Sea lo primero señor Juez indicar que las reclamaciones presentadas para el pago de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios **NO** ostentan la calidad de títulos valores ni ejecutivos, por lo cual se debe hacer un análisis de los documentos allegados a su despacho como títulos base de la ejecución, en donde observara con claridad que las facturas que el demandante pretende hacer valer como títulos son documentos que hacen parte de la reclamación, lo que quiere decir es que la ley ordena a las entidades prestadoras de salud, que al momento de presentar una reclamación para el pago de los gastos médicos, se aporten a la supuesta entidad deudora una serie de documentos y requisitos dentro de los cuales se encuentra, el informe de tránsito, la epicrisis, historia clínica, y una FACTURA en la cual se indique cuáles son los montos a cobrar, pero es claro que esta no es un título autónomo sino que más bien hace parte de los requisitos y documentos que deben ser cumplidos por la entidad que está cobrando los gastos, para demostrar la existencia del siniestro y su cuantía.

Las reclamaciones se encuentran sujetas a condiciones impuestas por el Decreto 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de 2016) y el Decreto 780 de 2016 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016), en los cuales se señalan los requisitos y documentos que se deben allegar para solicitar el pago de las cuentas por gastos médicos y es claro que dentro del presente proceso la condición no ha sido cumplida por la demandante, además es claro que la factura por sí sola no prueba el derecho reclamado ya que esta simplemente hace parte de los requisitos para presentar la reclamación conforme al artículo 26 del Decreto 056 de 2015

Teniendo en cuenta lo anterior y en virtud a que el titulo base de la ejecución es compuesto, ya que no es suficiente con aportar el título sino que es necesario y obligatorio que este vaya acompañado de **TODOS** los documentos que prueben la atención medica cobrada y que la misma está a cargo del deudor, se evidencia que los documentos aportados con el título base de la ejecución no cumplen con lleno de los requisitos legales exigidos de ser claros, expresos y exigibles y la ausencia de estos hace que la demandada no este obligada al pago y que los títulos hayan sido objetados en legal forma y dentro de la oportunidad permitida.

Como consecuencia de lo anterior y ante el reiterado incumplimiento de la demandante en aportar los documentos que componen el título se deriva la

inexistencia del mismo, por falta de requisitos que demuestren la existencia de los derechos reclamados y que hacen que la obligación en ellos contenida no sea clara, expresa, ni exigible.

Conforme con lo anterior, se debe tener en cuenta que cuando se dicta un mandamiento de pago, se parte del presupuesto que el documento o los documentos esgrimidos como títulos de recaudo prestan merito ejecutivo, pero si en el curso del proceso se demuestra o aparece la falta de eficacia del mismo el juez no se encuentra atado a esta situación jurídica inexacta, cuando debiendo dictar sentencia o el auto correspondiente, observa que el mandamiento de pago esta apartado de los preceptos de ley por basarse en documentos que no eran idóneos, en todo o en parte para dictar el auto.

6.INEXISTENCIA DE LOS REQUISITOS FORMALES DEL TITULO BASE DE LA EJECUCION

Por otra parte se evidencia que los títulos pretendidos no cumplen con los requisitos establecidos en el Art. 774 del Código comercio, que señala "La factura deberá reunir, además de los requisitos señalados en los artículos 621 del presente Código, y 617 del Estatuto Tributario Nacional o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, los siguientes:

La fecha de vencimiento, sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo 673. En ausencia de mención expresa en la factura de la fecha de vencimiento, se entenderá que debe ser pagada dentro de los treinta días calendario siguiente a la emisión.2. La fecha de recibo de la factura, con indicación del nombre, o identificación o firma de quien sea el encargado de recibirla según lo establecido en la presente ley. 3. El emisor vendedor o prestador del servicio, deberá dejar constancia en el original de la factura, del estado de pago del precio o remuneración y las condiciones del pago si fuere el caso. A la misma obligación están sujetos los terceros a quienes se haya transferido la factura. No tendrá el carácter de título valor la factura que no cumpla con la totalidad de los requisitos legales señalados en el presente artículo. Sin embargo, la omisión de cualquiera de estos requisitos, no afectará la validez del negocio jurídico que dio origen a la factura. En todo caso, todo comprador o beneficiario del servicio tiene derecho a exigir del vendedor o prestador del servicio la formación y entrega de una factura que corresponda al negocio causal con indicación del precio y de su pago total o de la parte que hubiere sido cancelada. La omisión de requisitos adicionales que establezcan normas distintas a las señaladas en el presente artículo, no afectará la calidad de título valor de las facturas.

Conforme a lo anterior, es claro que los documentos que se pretenden hacer valer como facturas cambiarias carecen del requisito establecido en el numeral 2 del artículo transcrito en el sentido que no señalan la fecha de recibido de la factura, ni la identificación o nombre del encargado de recibirla y que la sanción establecida por el incumplimiento de los requisitos es que dicho documento no tendrá el carácter de título valor factura y tampoco fueron aceptadas por mi poderdante, ni firmadas por el ejecutante.

Con fundamento en lo anterior, se evidencia que el título que se pretende reclamar no ostenta la calidad de título valor y como consecuencia de ello no presta merito ejecutivo, en virtud a que no cumplen los requisitos establecidos en la ley.

7.INEXSITENCIA DE LOS REQUISITOS SUSTANCIALES DEL TITULO BASE DE LA EJECUCIÓN

Esta excepción se funda en la ausencia de requisitos sustanciales del título base de la ejecución como quiera que la obligación en ellos contenida no es clara, expresa ni actualmente exigible, pues la ley exige que se satisfagan varios requisitos para que las obligaciones puedan ser susceptibles de ejecución. Entre ellos están los formales, relativos a que los documentos conformen una unidad jurídica y que provengan del deudor; además están los requisitos sustanciales, según los cuales es necesario que los documentos que conforman el título ejecutivo contengan obligaciones claras, expresas y exigibles. Estos últimos requisitos exigidos por la ley, los sustanciales, se entienden cumplidos cuando la obligación que se pretende cobrar aparezca a favor del ejecutante, esté contenida en el documento en forma nítida sin lugar a elucubraciones, esté determinada y no esté pendiente de plazo o de condición. En efecto, dando alcance de los requisitos sustanciales, la obligación es expresa cuando surge manifiesta de la redacción misma del documento, en el cual debe aparecer el crédito, deuda en forma nítida, es decir, que la obligación esté declarada de forma expresa sin que haya lugar a acudir a elucubraciones o suposiciones; la obligación es clara cuando está determinada de forma fácil e inteligible en el documento o documentos y en sólo un sentido y la obligación es exigible cuando su cumplimiento no está sujeto a plazo o a condición, es decir, ante la existencia de plazo o condición, la obligación se torna exigible cuando el término para su cumplimiento ya venció o cuando la condición ya acaeció y en virtud a que la obligación en los documentos aportados como base de la ejecución no es exigible en tanto y en cuanto se sujeta a el cumplimiento de unas condiciones específicas por ser estos títulos complejos en el sentido que no solamente se exige la expedición del documento que contenga la obligación clara, proveniente del deudor al acreedor y los demás requisitos propios de cada título, sino que por expreso mandato legal aplicable a las cuentas medicas causadas como fundamento de un accidente de tránsito.

En este sentido el Honorable Consejo de Estado, Sección Tercera, expediente No. 25061, providencia de 20 de noviembre de 2003 señaló lo que “Sólo cuando los documentos allegados como recaudo ejecutivo no dejan duda, en el juez de la ejecución, sobre la existencia de la obligación dada su claridad y su condición de expresa, además de su exigibilidad por ser una obligación pura y simple o porque siendo modal ya se cumplió el plazo o la condición, será procedente librar el mandamiento de pago”, lo que no ocurre en el presente caso, por lo que las reclamaciones aportadas no pueden ser tenidas como plena prueba del derecho alegado por la Clínica, conforme al contenido de las objeciones y glosas notificadas a la demandante dentro de la oportunidad legal.

8.LOS DOCUMENTOS APORTADOS NO PRESTAN MERITO EJECUTIVO AL ESTAR OBJETADOS O GLOSADOS.

Es claro que los documentos aportados no cumplen con lo regulado en el artículo 488 del C.P.C ni el artículo 1053 del Código de Comercio, esta excepción la fundamento en el hecho de que estas reclamaciones fueron objetadas de manera oportuna por Seguros del Estado S.A, y esta circunstancias hace que la obligación dineraria en ellas contenidas no sea clara, expresa ni actualmente exigible y es esto un elemento indispensable para que presten merito ejecutivo, además en tanto y en cuanto el articulo 1053 en su numeral 3 exige que la reclamación se encuentre acompañada

de los comprobantes que según las condiciones de la póliza sean indispensables para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, y tal como se observa en los anexos allegados, las reclamaciones relacionadas en esta excepción no cuentan con estos documentos o comprobantes, razón por la cual la reclamación no ha sido formalizada en legal forma y hasta tanto no se aporten los documentos exigidos por la ley, no se tiene por formalizada la reclamación, por lo cual no se tiene certeza si el valor cobrado está ajustado a los parámetros legales y cuenta con los requisitos exigidos.

A la demandante se le enviaron notificaciones dentro de la oportunidad legal pertinente, a quien dentro del escrito se le manifestó que las reclamaciones carecían de los soportes exigidos legalmente así como
también carecían de la idoneidad suficiente para demostrar el derecho pretendido y los mismos hasta la fecha no han sido aportados, ni fue subsanado el motivo de la glosa, objeción o solicitud de documentos, por lo cual no le asiste razón a la demandante cuando manifiesta que las reclamaciones prestan mérito.

Por otro lado es importante tener en cuenta que las pólizas de seguro obligatorio de accidentes de tránsito tiene amparos cubiertos y otros que no están incluidos dentro de la normatividad reguladora del mismo, tal como lo señalan los decretos, Decreto 056 de 2015, Decreto 780 de 2016 y el Decreto 3990 de 2007 y demás normas concordantes y aplicables, por medio de las cuales 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 y se faculta a la aseguradora a glosar facturas, conforme al art. 23 ibídem que señala “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 este sea implementado. Una vez fomuladas 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.”

Teniendo en cuenta el artículo transcrito se observa claramente que la entidad encargada del pago en este caso la demandada, tiene la facultad de

objetar y glosar la reclamaciones, como quiera que no cumplen con los requisitos legales, o en los eventos en los cuales el servicio de salud prestado no esté cubierto por dicha póliza con fundamento en la Resolución 3047 de 2008 y en el manual único de glosas, razones por las cuales no sería Seguros del Estado el llamado a responder por las pretensiones aquí reclamadas, ya que hizo uso de su derecho a objetar las reclamaciones que no cumplen con los requisitos legales o que no contienen una obligación que pueda hacerse exigible a la compañía.

Con fundamento en lo anterior, es evidente que en el evento en que la entidad encargada del pago reciba una reclamación podrá revisar los servicios allí cobrados y realizar las objeciones y glosas pertinentes, por lo tanto estas reclamaciones no prestan merito ejecutivo en tanto y en cuanto no contienen una obligación clara, expresa y exigible, tal y como lo exige el título valor o el titulo ejecutivo, como quiera que es evidente que la obligación contenida en una reclamación objetada no es exigible, en el sentido que su contenido está sujeto a condiciones impuestas por leyes y decretos que regulan la actividad, más aun cuando el servicio prestado no se encuentre dentro de los amparos consagrados por las pólizas de seguro obligatorio de Accidentes de Tránsito y los manuales que rigen este tipo de seguros o en virtud a que no se han llegado los documentos que soporten los servicios prestados.

Se debe tener en cuenta por parte del juzgador que tal y como lo manifiesta el demandante en sus pretensiones todas derivan de reclamaciones objetadas o glosadas en debida forma por la demandada y de la cual fueron notificados en la oportunidad pertinente y la clínica no realizo las aclaraciones y correcciones señaladas en dichas objeciones, razones por las cuales se mantuvieron con justa causa por parte de mi poderdante.

9. **PRESCRIPCION**

Conforme el régimen de prescripción aplicable a este tipo de Seguros es el consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio que señala: "**La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.".**

Se habla de la prescripción del contrato de seguro como quiera que la normatividad aplicable al SOAT, establece que la entidad que prestó el servicio médico deberá presentar la reclamación aportando los documentos idóneos para demostrar la ocurrencia del siniestro, prestación del servicio, la cuantía y la entidad obligada al pago, en virtud de lo anterior es que la demandante crea los títulos pretendidos por lo tanto se entiende que las "facturas" presentadas efectúan la función de reclamación y deben cumplir con los requisitos señalados por la ley y los Decretos 056 de 2015 en su artículo 26 y siguientes (vigente para accidentes ocurridos desde el 14 de enero de 2015 hasta el 5 de mayo de 2016) y el Decreto 780 de 2015 Artículo 2.6.1.4.2.20 (vigente para accidentes ocurridos desde el 6 de mayo de 2016), conforme a lo anterior es claro que se trata de reclamaciones presentadas en virtud a un contrato de seguro, verbigracia de lo anterior es que deberá aplicarse la prescripción establecida para este.

Se observa de manera clara que las pretensiones reclamadas derivan de una acción contractual y legal, entre la demandante y la demandada con fundamento en el Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito, en el cual y conforme al Art. 3 del Decreto 056 de 2015 se señalan los beneficiarios del pago de las coberturas de la póliza así: "***Beneficiario. Es la persona que acredite tener derecho a los servicios médicos, indemnizaciones y o gastos de que trata el título III del presente decreto, de acuerdo con las coberturas allí señaladas".***

*Según lo establecido en el art. 1081 del código de comercio colombiano "**la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezara a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que de base a la acción"***

El DR. HERNAN FABIO LOPEZ BLANCO en su libro El Contrato de Seguro afirma que "…Tenemos, en consecuencia, que si por el "interesado" se entiende el tomador, el asegurado o el beneficiario, con relación a estos correrá como termino de prescripción el de dos años, es decir, que estarán cobijados por la prescripción ordinaria, ya que es a ellos a quien se destina este tipo de prescripción, y, obviamente también la empresa aseguradora.".

Así mismo, la Sala de Casación de la Corte Suprema de Justicia en jurisprudencia del 4 de julio de 1997 se pronunció frente a la prescripción, motivo por el cual nos permitimos transcribir apartes de dicha jurisprudencia:

"Por interesado debe entenderse quien deriva algún derecho del contrato de seguro, que al tenor de los numerales 1, 2 y 3 del artículo 1047 son el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador…"

Frente al termino de prescripción y cuando empieza a correr manifestó que "… el de la ordinaria, a partir de cuándo el interesado (y ya se vio quienes lo son) tuvo conocimiento o razonablemente pudo tenerlo del "hecho que da base a la acción". Este hecho no es o no pudo ser otro, que el siniestro, en el caso concreto desde que la demandante presto el servicio médico que se pretende cobrar entendido este, según el art. 1072 ibídem como "la realización del riesgo asegurado" es decir el hecho futuro e incierto de cuya ocurrencia depende el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurador correlativamente del derecho del asegurado o beneficiario a cobrar la indemnización (arts. 1045 num. 4 y 1054 C de Co y 1530,1536 y 1542 del C.C".

Además debe tenerse en cuenta que dando alcance del artículo 1081, cuya aplicación es de carácter imperativo, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuesta la demandante, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria.

En este mismo sentido la Superintendencia Nacional de Salud emitió concepto 2008026912-001 del 16 de julio de 2008 **que sus apartes señalan "*Definido el anterior contexto conceptual y teniendo en cuenta que con la atención de la víctima por parte del Hospital se tiene pleno conocimiento del siniestro que da lugar a la acción de reclamación, el término para que opere la prescripción ordinaria, que es la única que se puede invocar en estos casos, empezaría a contar desde el momento en que el Hospital conoció o ha debido***

conocer el siniestro, esto es, desde que fue atendida la víctima independientemente de la fecha de expedición de la factura comercial, de tal suerte que si la atención a la víctima del accidente de tránsito amparada por el SOAT ocurrió el mismo día, desde ese momento empezaría a computar el término de prescripción. Por último, esta Superintendencia se permite precisar que el caso por Usted planteado, la prescripción se predica de la acción para efectuar la reclamación y no de la factura, factura que es uno de los requisitos exigidos para efectos de legalizar en debida forma la reclamación ante la asegurador."

Por su parte la Superintendencia Financiera emitió **Concepto 2012054519-003 del 21 de septiembre de 2012 señala "*Bajo los anteriores lineamientos se concluye que la prescripción ordinaria tiene lugar cuando el titular de la acción, bien sea con fuente en el contrato de seguro o en la ley, tiene conocimiento o ha debido tenerlo del hecho en la cual ella se origina, mientras que la prescripción extraordinaria, se produce en los casos en que no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento del hecho en cuestión, vale decir, en cuanto no se hubiere configurado antes la prescripción ordinaria.***

Definido el alcance del artículo 1081 en estudio, cuya aplicación es de carácter imperativo conforme a los términos señalados en la misma disposición, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuestas las IPS, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria, como atrás se explicó".

Conforme a lo anterior y en aplicación al caso concreto es que se debe tener en cuenta que se tiene a la demandante como interesado o beneficiario del contrato de seguro, en tanto y en cuanto desde el momento que presta la atención medica conoce cuál es la compañía aseguradora SOAT, a la cual deben cobrarse los gastos médicos prestados, razón por la cual y en el entendido que la demandante conocía quien era la compañía aseguradora desde el momento que prestó el servicio, es que deberá aplicarse la prescripción ordinaria de 2 años, conforme a lo anteriormente expuesto es que se observa que las reclamaciones que a continuación se relacionan se encuentran prescritas,: ya que la fecha de presentación de la demanda, fue el 30 de julio de 2021, por lo cual ya había acaecido el fenómeno de la prescripción:

N	N. RECLAMACION	FECHA SINIESTRO
1	FEC11241	2/06/2019
2	FEC11242	2/06/2019
3	FEC11246	19/05/2019
4	FEC11262	21/06/2019
5	FEC11263	21/06/2019
6	FEC11287	15/06/2018
7	FEC11291	8/03/2019
8	FEC11297	22/07/2019
9	FEC11298	22/07/2019
10	FEC11313	1/07/2019
11	FEC11450	16/07/2019
12	FEC11451	16/07/2019

13	FEC11452	16/07/2019
14	FEC11454	19/07/2019
15	FEC11537	27/04/2019
16	FEC11559	3/05/2018
17	184085	15/06/2018

10. **EXCEPCIÓN GENERICA.**

Las que se configuren y que se puedan declarar de oficio.

IV.- PRUEBAS

a. Interrogatorios de Parte:

1.- Solicito señor Juez se fije fecha y hora a fin de interrogar al demandante a fin de ser interrogados sobre los hechos y pretensiones de la demanda. Esta persona se notifica en la dirección descrita en la demanda.

b.- Documentales

Solicito señor Juez tener como tales las que a continuación aporto, mediante el siguiente enlace: https://drive.google.com/drive/folders/1SooKGF_G1tNQJGFFeM6gdUy-w1qrO3ru?usp=sharing , lo anterior conforme a la Ley 2213 de 2022 y al uso de los medios tecnológicos :

- Prueba de entrega de notificaciones de pago
- Comunicados de glosa ratificada
- Comunicados de liquidación donde se indican causales de glosa y el pago parcial
- Soporte de envío de los comunicados
- Soporte de objeción

c.- Testimoniales

- Solicito a su señoría se sirva hacer comparecer al señor OMAR EDUARDO NIÑO ZABALA como testigo técnico, para que declare sobre los motivos de glosa respecto de las facturas, ratificaciones de las glosas y objeciones a las facturas presentadas en la demanda y que podrá ser notificado en la Calle 23 No. 166-36 de la Ciudad de Bogotá. Teléfono 311 817 97 52 correo electrónico omnino@sis.co. Testigo esencial a efectos de demostrar a su señoría que cada una de las facturas glosadas y/o objetadas se realizan en cumplimiento a las normas establecidas frente al caso concreto y por ende no podrán ser facturadas a mi mandante.

- Solicito a su señoría se sirva hacer comparecer a la señora Belkis Yaniry Bonilla Rodríguez identificada con la cedula de ciudadanía

número 68.290.809 de Arauca como testigo técnico, para que declare sobre los motivos de glosa respecto de las facturas, ratificaciones de las glosas y objeciones a las facturas presentadas en la demanda y que podrá ser notificado en la Calle 23 No. 166-36 de la Ciudad de Bogotá. Teléfono 3174036744 correo electrónico brodriguez@sis.co Testigo esencial a efectos de demostrar a su señoría que cada una de las facturas glosadas y/o objetadas se realizan en cumplimiento a las normas establecidas frente al caso concreto y por ende no podrán ser facturadas a mi mandante.

V.- ANEXOS

- Lo relacionado en el acápite de pruebas.

VI.- NOTIFICACIONES

- **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**: Calle 18 N. 6-65 Neiva Correo electrónico:contabilidad@fracturasyortopedia.com
- **APODERADA DEMANDANTE: MIREYA SANCHEZ**: Carrera 4 N. 10-53 Neiva Correo electrónico:mireyasanchest@hotmail.com cel 3002242742
- **SEGUROS DEL ESTADO S.A.:**
  Dirección: Carrera 11 N. 90-20
  Correo electrónico: juridico@segurosdelestado.com

- **JULIAN DAVID MEDINA TRUILLO** tel 3102083228 Correo electrónico judatru13@hotmail.com.

Atentamente,

JULIAN DAVID TRUJILLO MEDINA
C.C. N° 80.850.956 de Bogotá
T.P. N° 165.655 C.S.J.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Proceso Ejecutivo Rad. 2021 - 00645 - 00

JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA

CONSTANCIA SECRETARIAL. Neiva, 29 de Septiembre de 2022. El día 16 de Septiembre de 2022 a última hora hábil (5:00 P.M) venció el término de que disponía la demandada **SEGUROS DEL ESTADO S.A** para contestar y/o excepcionar, haciendo uso del mismo mediante escrito remitido al correo institucional. Pasa al despacho para resolver lo que en derecho corresponda.

(Original firmado)
GINA CATHERINE PÁRAMO BERNAL
SECRETARIA