Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

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

Neiva, veintiocho (28) de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

DEMANDANTE : CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
DEMANDADO : PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
RADICACIÓN : 2021-0118

De las excepciones de mérito presentadas por la parte demandada, córrase traslado al ejecutante por el término de diez (10) días, de conformidad con lo establecido en el artículo 443 # 1º del Código General del Proceso.

NOTIFIQUESE,

JUAN PABLO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
JUEZ

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLES DE NEIVA HUILA

Correo electrónico: cmpl06nei@cendoj.ramajudicial.gov.co
Palacio de Justicia Oficina 909 teléfono 8711321

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLES DE NEIVA HUILA

Correo electrónico: cmpl06nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

Neiva, diecisiete (17) de agosto de dos mil veintiuno (2021)

Demandante : CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
Demandado : PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Radicación : 2021-00118-00

I.- ASUNTO

Resolver el recurso de reposición presentado por la parte demandada, contra el auto de fecha Diecisiete (17) de marzo de 2021, corregido en proveído del veinticuatro (24) de mayo de 2021, mediante los cuales cual se libró mandamiento de pago por sumas de dinero contenidas en facturas, por concepto de servicios médicos en atención al seguro SOAT.

II.- ANTECEDENTES

Mediante los proveídos objeto de reparo se dispuso librar mandamiento de pago en favor de la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA., contra la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, por concepto de servicios médicos prestados en atención al seguro SOAT, el cual fue notificado por conducto de apoderado judicial a la demandada, presentando dentro del término legal recurso de reposición, pretendiendo se revoque la orden de apremio, porque las facturas objeto de cobro no reúnen los requisitos legales, citando para el efecto la Sentencia APL 2642 de 2017, y del Consejo de Estado del 31 de enero de 2008, radicado 2007-00067, para concluir que las facturas presentadas para cobro no cumplen con los requisitos sustanciales, y por ello el proveído pretende sea revocado, previo el decreto de la prueba por informe, consistente en solicitar a la Previsoria Compañía de Seguros informe las circunstancias por las cuales no se generó el pago, y objeciones de la facturas; datos respecto de los cuales no fue allegada por la apoderada de la demandada.

Del anterior recurso de reposición, se corrió traslado a la parte demandante, descorriendo en oportunidad, solicitando no se reponga la decisión cuestionada, porque los documentos allegados para el cobro contienen una obligación clara, expresa y exigible, para ser considerados títulos valores. Y respecto de la solicitud de prueba por informe, solicita no se acceda a la misma, en razón de que es la parte interesada quien debe propender por allegar las pruebas que pretende hacer valer en el proceso, por su cercanía con el material probatorio.

III.- CONSIDERACIONES

Atendiendo que el artículo 318 del C.G.P., consagró el recurso de reposición, como medio de impugnación contra los autos que dicte el juez, con el fin de

que el mismo funcionario que dictó la providencia la revise y si es del caso la reforme o revoque.

Procede esta Agencia Judicial a resolver el presente recurso de reposición, iniciando con el reparo dirigido a que las facturas objeto de mandamiento ejecutivo no cumplen con los requisitos sustanciales, por cuanto se omitió valorar que se trata de un título ejecutivo complejo, por lo que, los documentos que lo conforman no dan cuenta de la existencia de una obligación clara, expresa y exigible a favor de la parte accionante.

En esa medida, es imperativo recordar a la parte demandada, que los documentos base de recaudo aportados por la demandante no son títulos ejecutivos complejos, sino títulos valores, como lo ha puntualizado el Tribunal Superior de Neiva, en providencia del 10 de diciembre de 2018, con radicado 2017-00172-01, con ponencia de la Magistrada Gilma Leticia Parada Pulido, lo que significa que, no resulta viable la exigencia de requisitos diferentes a los aplicables a las facturas contemplados en los artículos 621 y 772 del Código de Comercio, y artículo 617 del Estatuto Tributario. Lo anterior obedece, a que sólo dentro del trámite administrativo, el prestador del servicio tiene el deber de adjuntar y presentar ante la compañía aseguradora los documentos de cobro junto a los soportes o comprobantes del evento asegurado.

Así las cosas, no resulta próspero el argumento de la entidad demandada, entorno a la necesidad de aportar junto con las facturas documento adicional para su cobro ejecutivo; y por tanto si estimó la aseguradora en el trámite administrativo que la documentación presentada era incompleta, debió dentro del término legal presentar la objeción o respectiva glosa, sin que allegara soporte alguno sobre el particular, que permitiera a esta Agencia judicial determinar tal circunstancia, y por ende la contabilización del término para estimar si la formulación fue oportuna o no, como lo expone en el memorial del recurso al señalar que *"si bien es cierto se presentaron ante la entidad que representamos las facturas objeto de mandamiento ejecutivo, también lo es que ellas fueron objetadas parcialmente tal como se puede vislumbrar en los documentos presentados…",* circunstancias que conllevan a no atender el argumento de la recurrente demandada, pues resulta claro y fuera de duda que en la PREVISORA S.A. se radicó cada una de las facturas base de ejecución, pues así lo relata a lo largo del recurso que se resuelve, sin que hubiera sido motivo de reproche dicha recepción, aunado a que expresó claramente haber formulado objeciones, pero se itera sin probanza.

La providencia citada por la parte recurrente de la Sala Plena de la Corte Suprema de Justicia, APL 2642 de 2017, no resulta aplicable al asunto bajo estudio, pues en aquél se resolvió el conflicto de competencia entre un Juzgado Civil y uno Laboral, para conocer de demanda ejecutiva, con sustento en las facturas generadas por la prestación de los servicios de salud a los afiliados de la demandada Cafesalud EPS, en cuyo estudio y análisis de la situación planteada, adjudicó el conocimiento a la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil, en razón de la relación jurídica netamente civil o comercial, producto de la forma contractual o extracontractual como las entidades se obligan a prestar el servicio a los afiliados o beneficiarios del Sistema de Salud,

y para ello utilizan instrumentos garantes de la satisfacción de las obligaciones. Es decir que, en las consideraciones expuestas en aquella providencia por la Sala Plena de la Corte Suprema de Justicia, nada refirió en torno a los requisitos formales para la constitución de un título valor, y en esa medida se itera no es ajustable al sub lite.

Finalmente, la petición de la parte demandada, dirigida a que se decrete como prueba, informe a la misma entidad Previsora, respecto de las circunstancias que generaron el no pago, así como de las objeciones a las facturas objeto de cobro, se denegará, en primera medida, porque conforme al artículo 167 del Código General del Proceso, *le incumbe a la parte probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen,* esto es, que correspondía a la aseguradora demandada aportar junto al escrito las documentales con las que pretendía soportar su defensa, máxime que se recuerda que en torno al pago, es una circunstancia a alegar como medio defensivo al descorrer la demanda, pues en esta oportunidad se pretendía atacar los requisitos formales del título ejecutivo, sin que resulte viable el estudio de pago total o parcial, o de ser el caso de los motivos por los cuales no se realizó.

Por otro lado, dicha petición de prueba consagrada en el artículo 165 del Código General del Proceso, solo es viable en tratándose de entidades que no sean parte en el juicio, pues su finalidad es comprobar afirmaciones relativas a hechos controvertidos, que resulten de la documentación, archivos o registros contables de terceros, conforme lo señala el artículo 275 del C.G.P., y en esa medida, obsérvese que la petición proviene de la parte demandada Previsora, para dirigirla a esta misma, bajo el argumento de la apoderada judicial no haber sido posible obtenerla de su poderdante.

Por lo antes expuesto, no se repone el auto objeto de reproche, de fecha Diecisiete (17) de marzo de 2021, corregido en proveído del veinticuatro (24) de mayo de 2021, mediante los cuales cual se libró mandamiento de pago, y por tanto, continuar con el trámite.

Finalmente, se dispondrá que por conducto de la Secretaría del Juzgado se contabilicen los términos para descorrer la demanda.

Por lo expuesto se,

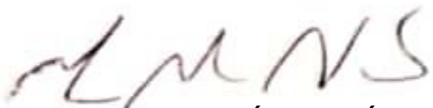
RESUELVE

PRIMERO.- NO REPONER el auto de fecha Diecisiete (17) de Marzo de 2021, corregido en proveído del 24 de mayo de 2021, conforme a lo motivado.

SEGUNDO.- DISPONER que por la Secretaría del Juzgado se contabilicen los términos para descorrer la demanda la parte demandada.

TERCERO.- - Reconocer personería a la Dra. **MARGARITA SAAVEDRA MAC AUSLAND,** para que actúe en nombre y representación de la parte demandada.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE.



JUAN PABLO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
JUEZ

JS

Doctor
JUAN PABLO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
JUEZ TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA, HUILA
Ciudad

PROCESO	:	EJECUTIVO
EJECUTANTE	:	**CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
EJECUTADO	:	LA PREVISORA S.A. COMPANIA DE SEGUROS
RADICACIÓN	:	**41001-41-89-003-2021-00118-00**

MARGARITA SAAVEDRA MAC'AUSLAND, abogada en ejercicio, identificada como aparece al pie de la correspondiente firma, obrando en nombre y representación de la firma que gira bajo la razón social de **MSMC & ABOGADOS S.A.S.** y por ende, como mandatarios de **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, con el acostumbrado respeto concurrimos ante su despacho **DENTRO DEL TERMINO DE LEY** a fin de presentar las siguientes excepciones de mérito, contra el mandamiento de pago librado por su despacho el 17 de marzo de 2021, modificado por auto de 24 de mayo del año en curso y notificado personalmente a mi mandante el 02 de julio de 2021, a saber:

1.-CONTROL DE TÉRMINOS

Antes de abarcar la presente Litis, es menester señalar a S.S., que la contestación hoy incoada ante su despacho judicial, se encuentra DENTRO DEL TÉRMINO perentorio otorgado por la normatividad vigente, conforme a lo dispuesto en auto vinculante fechado 17 de marzo de 2021, el cual fue notificado a la ejecutada el 31 de mayo del mismo año.

2.-A LA DESIGNACIÓN DE LAS PARTES

2.1.-A LA PARTE DEMANDANTE

Por el solo hecho de demandar, LA CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA., obrando a través de apoderado judicial, afirma la propia legitimación, o sea, éste postula que el ordenamiento jurídico debe reconocer y tutelarle como suyo el interés que quieren hacer valer. Quedará a criterio del Juzgador y con base en las pruebas recaudadas, decidir si les correspondeel interés que pretenden hacer valer.

2.2.-A LOS DEMANDADOS

No es cierto que la PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS deban asumir el pago de las facturas a que hace referencia la ejecutante, por cuanto las sumas allí consignadas no fueron aceptadas por nuestra mandante.

3.- A LAS PRETENSIONES

3.1.- A LA PRIMERA : Sobre el particular distinguimos:

Teniendo en cuenta que ya se profirió mandamiento de pago por parte del despacho, resulta inane que nos pronunciemos al respecto. Sin embargo, nos oponemos a que se siga adelante la ejecución en contra de nuestra representada, por cuanto los títulos objeto de cobro no reúnen los requisitos necesarios para que se exija su pago.

3.2.- A LA SEGUNDA : **Nos oponemos** a que nuestra representada sea condenada en costas, por cuanto los títulos objeto de cobro no reúnen los requisitos necesarios para que se exija su pago.

4.- A LOS HECHOS

4.1.- AL PRIMERO : **Es cierto.**

4.2.- AL SEGUNDO : **Es cierto.**

4.3.- AL TERCERO : **No es un hecho,** es una afirmación de la apoderada de la parte actora. Por tanto, no nos pronunciaremos al respecto.

4.4.- AL CUARTO : **No es un hecho,** es una afirmación de la apoderada de la parte actora. Por tanto, no nos pronunciaremos al respecto.

4.5.- AL QUINTO : Sobre el particular distinguimos:

La Previsora S.A. emitió glosa frente a todas las facturas que se reclaman en este proceso. Ante a ello, la Clínica de Fracturas y Ortopedia emitió respuesta a cada una de ellas por fuera del término legal.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que el término para dar respuesta a las objeciones es perentorio, mi mandante las tuvo por no hechas, liquidó las reclamaciones y efectuó el pago de las sumas correspondientes.

4.6.- AL SEXTO : **No es un hecho,** es una afirmación de la apoderada de la parte actora. Por tanto, no nos pronunciaremos al respecto.

4.7.- AL SÉPTIMO : No es un hecho, es una afirmación de la apoderada de la parte actora. Por tanto, no nos pronunciaremos al respecto.

4.8.- AL OCTAVO : No es un hecho, es una afirmación de la apoderada de la parte actora. Por tanto, no nos pronunciaremos al respecto.

5.-FUNDAMENTOS DE DERECHO

A través del Decreto 780 de 2016 parte 6, título 1, capítulo 4, Único Reglamentario del Sector Salud, se establecieron las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, por parte de la Subcuenta ECA T del FOSYGA y de las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT.

De conformidad con lo previsto en el inciso tercero del artículo 2.6.1.4.4.3 del citado decreto, se estableció que los prestadores de servicios de salud que suministren los servicios de que trata tal reglamento, deberán informar de ello a la compañía aseguradora autorizada para operar el SOAT, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la atención.

A su turno el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011, establece que como prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho. Así mismo, contempla la posibilidad de que las aseguradoras del SOAT realicen auditorías posteriores a la atención en salud brindada a las víctimas de accidentes de tránsito, lo cual no implicará injerencia, restricción o constreñimiento de la autonomía médica y el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016, establece los documentos soporte de la reclamación por servicios de salud prestados entre otros a víctimas de accidentes de tránsito.

Fue precisamente por ello y en aras a establecer medidas para ejercer mejor control sobre el gasto de recursos destinados a cubrir la atención a las víctimas de accidentes de tránsito, que el gobierno nacional a la luz del referido decreto preceptuó:

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el mecanismo para que los prestadores de servicios de salud efectúen el reporte de la atención en salud brindada a las víctimas de accidentes de tránsito, así como las condiciones para la realización de las auditorías in situ por dichas atenciones.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. El presente acto administrativo aplica a los prestadores de servicios de salud, a las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT y al Fosyga o quien haga sus veces.

Artículo 3. Obligación de informar. Todo prestador de servicios de salud que brinde atención en salud a una víctima de accidente de tránsito por atención inicial de urgencias,

atención de urgencias o atención programada, deberá informar de ello dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención.

Artículo 4. Mecanismo para el reporte. El reporte de la información de atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito se efectuará a través del sistema de información centralizado, que para tal efecto dispondrán las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT. Los prestadores de servicios de salud deberán registrarse en tal sistema, con el fin de que les sea asignado un usuario.

Dicho reporte se efectuará en la estructura establecida en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución, a través de un aplicativo web.
Parágrafo 1. El sistema de información centralizado deberá garantizar continuidad en el servicio y no generará costo alguno para los prestadores de servicios de salud.

Parágrafo 2. Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT deberán disponer a los prestadores de servicios de salud , canales de atención y soporte técnico con el fin de atender los requerimientos que puedan presentarse en la transmisión de la información.

Parágrafo 3. Una vez efectuado el reporte de que trata este artículo, los prestadores de servicios de salud recibirán de manera inmediata la respectiva constancia del cargue de la información.

Artículo 5. Alcance del reporte de la atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito. En ningún caso el reporte de que trata la presente resolución podrá entenderse como solicitud de autorización administrativa para la prestación de los servicios, ni será causal de glosa, condición o soporte para que los prestadores de servicios de salud puedan presentar las reclamaciones y se les reconozca el pago de los servicios que brinden a una víctima de accidente de tránsito.

Sin embargo, el incumplimiento de la obligación de reporte dará lugar a las investigaciones y sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos de los artículos 116 y 130 de la Ley 1438 de 2011. Para el efecto, las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT y el Fosyga o quien haga sus veces, deberán remitirle de manera mensual a la Superintendencia Nacional de Salud la relación de prestadores de servicios de salud que habiendo presentado reclamación por atenciones en salud a víctimas de accidentes de tránsito, hayan omitido el reporte de que trata el artículo 4 de la presente resolución.

Artículo 6. Disposición de información. Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT deberán disponer los datos del sistema de información centralizado de que trata el artículo 4 de la presente resolución al Ministerio de Salud y Protección Social, para que éste a su vez los habilite a la Superintendencia Nacional de Salud y al Fosyga o la entidad que haga sus veces; asimismo, las compañías aseguradoras deberán disponer la consulta de información a los prestadores de servicios de salud sobre los datos reportados.

Artículo 7. Tratamiento de la información. Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el

marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tiene acceso.

Artículo 8. Auditoría a las atenciones en salud a víctimas de accidentes de tránsito. Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT o el Fosyga o la entidad que haga sus veces, posterior al reporte de que trata el artículo 3 de la presente resolución o a la radicación de la reclamación, podrán realizar auditorías in situ de manera aleatoria o selectiva a los prestadores que realicen atenciones en salud derivadas de un accidente de tránsito, teniendo en cuenta lo siguiente:

Verificación de los siguientes aspectos:

La habilitación de la institución y de los servicios de salud brindados a la víctima.

La entrega directa o prestación de los servicios de salud a la víctima del evento, con base en los documentos señalados en el numeral 2 del artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016.
El prestador de servicios de salud no podrá negarse a atender la auditoría señalada en el presente artículo.

Las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT o el Fosyga o quien haga sus veces son responsables de la práctica de las auditorías y podrán realizarlas de manera directa o a través de terceros. En este último caso, el trámite de aclaración de glosas entre la IPS y el tercero vinculará al pagador.

Las compañías aseguradoras y el FOSYGA o quién haga sus veces definirán su plan de auditoría, a partir del cual se realizarán las verificaciones de que trata el presente artículo, el cual tendrá en cuenta, entre otros criterios, los siguientes: indice de accidentalidad por zona geográfica, número y valor de las reclamaciones presentadas, tecnologías o servicios reclamados, reportes de irregularidades e inconsistencias, información de los organismos de inspección, vigilancia y control y desviaciones significativas de siniestralidad.

Parágrafo 1. La auditoría de que trata el presente articulo no se realizará a los prestadores de servicios de salud acreditados en el marco del Capítulo 6, Título 1, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, o la norma que lo modifique o sustituya.

Parágrafo 2. El número máximo de auditorías in situ que podrán realizar las aseguradoras o el Fosyga o quien haga sus veces a un mismo prestador de servicios de salud, por una misma víctima y evento, es de tres (3) auditorías.

Parágrafo 3. En ningún caso la práctica de las auditorías in situ conllevará ampliación del término establecido legal o reglamentariamente para el reconocimiento y pago de las reclamaciones a las IPS.

Artículo 9. Alcance de las auditorías. Las auditorías que realicen las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT o el Fosyga en los términos establecidos en la presente resolución, no implicarán injerencia, restricción o constreñimiento de la autonomla profesional de conformidad con lo establecido en el artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Artículo 10. Seguimiento a la atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud realizarán periódicamente análisis del comportamiento de la atención en salud y de la presentación de reclamaciones por parte de los prestadores de servicios de salud, a fin de determinar aspectos críticos y posibles riesgos que vayan en contra de la calidad en la atención a dichas víctimas y afecten la sostenibilidad de Sistema General de Seguridad Social en Salud y la operación del SOAT.

Artículo 11. Periodo de transición. Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT contarán con un término de cinco (5) meses, contado a partir de la entrada en vigencia del presente acto administrativo, para disponer el sistema de información centralizado de que trata el artículo 4 de la presente resolución.

Una vez entre en operación dicho sistema, los prestadores de servicios de salud deberán dar cumplimiento a lo establecido en este acto.

Frente al tema relacionado con el Manual Unico de Glosas, Reclamaciones y Respuestas que es el motivo del NO pago der las facturas reclamadas, debemos transcribir su normatividad así:

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

Definiciones:
Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.
Devolución: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

Autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente

soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

Respuesta a Glosas y Devoluciones: Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Objetivo: El objetivo del Manual único de glosas, devoluciones y respuestas es estandarizar la denominación, codificación y aplicación de cada uno de los posibles motivos de glosas y devoluciones, así como de las respuestas que los prestadores de servicios de salud den a las mismas, de manera que se agilicen los procesos de auditoría y respuesta a las glosas.

Elementos de la codificación

La codificación está integrada por tres dígitos. El primero indica los conceptos generales. Los dos segundos indican los conceptos específicos que se pueden dar dentro de cada concepto general.

General	Específico
6	53

Tabla No. 1. Codificación Concepto General

Código	Concepto general	Aplicación
1	Facturación	Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y cantidad de los servicios prestados con los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten los errores administrativos generados en los procesos de facturación definidos en el presente manual.
2	Tarifas	Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.

3	Soportes	Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportesincompletos o ilegibles.
4	Autorizaciones	Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicioscon documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, o cuando no se obtiene respuesta en los términos establecidos en la presente resolución.
5	Cobertura	Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
6	Pertinencia	Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamientoordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.

8	Devoluciones	Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización principal, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado, profesional que ordena no adscrito en el caso de servicios ambulatorios de carácter electivo, falta de soportes para el recobro por CTC, tutela, ATEP y servicio ya cancelado. No aplica en aquellos casos en los cuales la factura incluye la atención de más de un paciente o servicios y sólo en una parte de ellos se configurala causal. La entidad responsable del pago al momento de ladevolución debe informar todas las diferentes causales de lamisma.
9	Respuestas a Glosas o devoluciones	Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que elprestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

Codificación del concepto específico

Los dos dígitos siguientes al digito del concepto general corresponden a los conceptos específicos relacionados con el concepto general, tales como la estancia, consulta, interconsulta, derechos de sala, materiales, medicamentos, procedimientos y ayudas diagnósticas, entre otros.

Cada concepto específico puede estar en un concepto general o en varios. Cada uno delos conceptos específicos tiene una codificación de dos dígitos.

Tabla No. 2. Codificación Concepto Específico

Código	concepto Especifico
01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
05	Derechos de sala

06	Materiales
07	Medicamentos
08	Ayudas diagnosticas
09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete ogrupo relacionado por diagnostico)
10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones,paquete o grupo relacionado por diagnostico
11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
14	Error en suma de conceptos facturados
15	Datos insuficientes del usuario
16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
17	Usuario retirado o Moroso
18	Valor letra diferente a valor números
19	Error en descuento pactado
20	Recibo de pago compartido
21	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador deservicios de salud
22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
	23 Procedimiento o actividad
23	Procedimiento o actividad
24	Falta firma del prestador de servicios de salud
25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protecciónespecifica
26	Usuario o servicio corresponde a capitación
27	Servicio o procedimiento incluido en otro
28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
29	Recargos no pactados
30	Autorización de servicios adicionales
31	Bonos o vouchers sin firma del paciente, con enmendaduras o tachones
32	Detalle de cargos
33	Copia de historia clínica completa
34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma.
35	Formato Accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
36	Copia de factura o detalle de cargos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito soat

37	Orden o fórmula médica
38	Hoja de traslado en ambulancia
39	Comprobante de recibido del usuario
40	Registro de anestesia
41	Descripción quirúrgica
42	Lista de precios
43	Orden de autorización o de servicios vencida
44	Profesional que ordena no adscrito
45	Servicio no pactado
46	Cobertura sin agotar en la póliza del seguro obligatorio de accidentes detránsito SOAT o del FOSYGA
47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico,(CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
48	Informe atención inicial de urgencias
49	Factura no cumple los requisitos legales
50	Factura ya cancelada
51	Recobro en contrato de capacitación por servicios prestados por otro prestador.
52	Disminución en el numero de personas incluidas en la capacitación
53	Urgencia no pertinente
54	Incumplimiento de las metas de cobertura, resolutividad y oportunidad pactadas en el contrato por capacitación

RESPUESTA DE GLOSA O DEVOLUCIÓN

96	Glosa o devolución injustificada
97	No Subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada
98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
99	Subsanada (Glosa No aceptada)

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

En la Tabla No. 3 se presenta la combinación de los códigos generales con losespecíficos.

Tabla No. 3. Código de Glosa

1.- FACTURACIÓN

01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
05	Derechos de sala
06	Materiales
07	Medicamentos
08	Ayudas diagnósticas
09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete ogrupo relacionado por diagnóstico)
10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
12	Factura excede topes autorizados
13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
14	Error en suma de conceptos facturados
15	Datos insuficientes del usuario
16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
17	Usuario retirado o moroso

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

19	Error en descuento pactado
20	Recibo de pago compartido
22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre laspartes
23	Procedimiento o actividad
24	Falta firma del prestador de servicios de salud
25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protecciónespecifica
26	Usuario o servicio corresponde a capitación
27	Servicio o procedimiento incluido en otro
28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutividad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación

2.- Tarifas

01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
05	Derechos de sala
06	Materiales
07	Medicamentos
08	Ayudas diagnósticas
09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones,mpaquete o grupo relacionado por diagnostico
23	Procedimiento o actividad

29	Recargos no pactados

3. Soportes

01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
03	Honorarios médicos en procedimientos
04	Honorarios otros profesionales asistenciales
07	Medicamentos
08	Ayudas diagnósticas
09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
20	Recibo de pago compartido
30	Autorización de servicios adicional
31	Bonos o vauchers no firmados por el paciente , con enmendaduras o tachones
32	Detalle de cargos
33	Copia de historia clínica completa
35	Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
36	Copia de factura o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de transito SOAT
37	Orden o fórmula médica
38	Hoja de traslado en ambulancia
39	Comprobante de recibido del usuario
40	Registro de anestesia
41	Descripción quirúrgica
42	Lista de precios

4. AUTORIZACIONES

01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
06	Materiales
08	Ayudas diagnósticas
23	Procedimiento o actividad
30	Autorización de servicios adicionales
38	Traslado en ambulancia
43	Orden o autorización de servicios vencida
44	Medico que ordena no adscrito

5. – COBERTURAS

01	Estancia
02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
06	Materiales

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

07 Medicamentos
08 Ayudas diagnósticas
23 Procedimiento o actividad
27 Servicio o procedimiento incluido en otro
45 Servicio no pactado
46 Cobertura sin agotar en la póliza Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)

6.- PERTINENCIA

01 Estancia
02 Consultas, interconsultas y visitas médicas
03 Honorarios medicos en procedimiento
04 Honorarios otros profesionales asistenciales
05 Derechos de sala
06 Materiales
07 Medicamentos
08 Ayudas diagnósticas
23 Procedimiento o actividad
53 Urgencia no pertinente

8.- DEVOLUCIONES

16 Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
17 Usuario retirado o moroso
21 Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
34 Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
44 Medico que ordena no adscrito
47 Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
48 Informe de atención inicial de urgencias
49 Factura no cumple requisitos legales
50 Factura ya cancelada

9.- RESPUESTAS A GLOSAS O DEVOLUCIONES

96 Glosa o devolución injustificada
97 No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)2
98 Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
99 Subsanada (Glosa o devolución no aceptada)

MANUAL DE USO

El Manual de Uso está dirigido especialmente al personal encargado en la entidad responsable del pago y del prestador de servicios de salud de las glosas, devoluciones y respuestas a las mismas.

1. Facturación

Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptospagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodosde carencia u otros). También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la cápita, o cuando se descuenta por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutividad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.

101	Estancia	Aplica cuando: 1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.
102	Consultas, Interconsultas y visitas médicas	Aplica cuando: 1.El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2.En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador. 3.Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas en los honorarios médicos postquirúrgicos. 4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes. 5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.

COLEGIO DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

103	Honorarios Médicosen Procedimiento	1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinámica, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
104	Honorarios de Otros Profesionales	Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
105	Derechos de sala	Aplica cuando: 1. 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. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
106	Materiales	Aplica cuando: 1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias conlas cantidades que fueron facturadas. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el item de materiales por grupo o atención integral. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
107	Medicamentos	Aplica cuando: 1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados enel detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentesen medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.

108	Ayudas Diagnosticas	Aplica cuando: 1. 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.2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.
109	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)	Aplica cuando: El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por caso,conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
110	Servicio o insumo incluido en paquete	Aplica cuando: El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención integral de acuerdo a lo pactado.
111	Servicio o insumo incluido en estanciao derechos de sala	Aplica cuando: 1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lopactado. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado.
112	Factura excede topes autorizados	Aplica cuando: La factura presenta excedentes sobre los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
113	Facturar por separado por tipo recobro (CTC, ATEP, tutelas)	Aplica cuando el prestador en una misma factura, registra servicios que previamente se ha pactado que se efectuaran en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, Comité técnico científico o tutelas.

114	Error en suma de conceptos facturados	Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura.
115	Datos insuficientes del usuario	Aplica cuando el prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente la factura y se ha acordado contractualmente.
116	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	Aplica cuando la factura incluye varios pacientes y es de trámite parcial 1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios. NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.
117	Usuario retirado o moroso	Aplica cuando en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente. No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.
119	Error en descuentoPactado	Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

120	Recibo de pago compartido	Aplica cuando 1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados. 2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.
122	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes	Aplica cuando El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.
123	Procedimiento o actividad	Aplica cuando: 1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturada De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
124	Falta firma del prestador de servicios de salud	Aplica cuando 1. La factura no tiene la firma del prestador.
125	Examen o actividad pertenece a detección temprana o protección especifica	Aplica cuando: Se factura una actividad de detección temprana y/o protección especifica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección especifica.
126	Usuario o servicio corresponde a capitación	Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente.
127	Servicio o procedimiento incluido en otro	Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura

128	Orden cancelada al prestador de servicios de salud	Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios pacientes y se puede tramitar parcialmente
151	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador	Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
152	Disminución en el número depersonas incluidas en la capitación	Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.
154	Incumplimiento en las metas pactadas en cobertura, resolutividad y oportunidad.	Aplica cuando el prestador incumple o no demuestra el cumplimiento en las metas pactadas en cobertura, oportunidad y resolutividad pactadas en el contrato por capitación. El valor de la glosa, será la proporción que se haya acordado, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.

6.- EXCEPCIÓN DE FONDO O PERENTORIA

6.1.- FALTA DE REQUISITOS NECESARIOS PARA EL EJERCICIO DE LA ACCIÓN

En el Sistema General de Seguridad Social en salud, las entidades responsable de Pago, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de Salud habilitados, tal como lo prevé el artículo 7 del Decreto Ley 1281 de 2002, el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, concordante con el Decreto 4747 de 2007 y las Resoluciones 3047 de 2008, 416 y 3253 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las reglamenten, concordante con el Título VI, Capítulo I de la Ley 1438 de 2011. Es decir, el procedimiento de pago por los' servidos de atención en salud se encuentra debidamente reglado.

La Ley 1122 de 2007 estableció el mecanismo que deben seguir las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios para realizar el pago a los Prestadores de Servicios de Salud por la atención y los medicamentos suministrados a sus afiliados. En este sentido dispuso lo siguiente:

"ARTÍCULO 13- FLUJO Y PROTECCIÓN DE LOS RECURSOS. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:
(--)
d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura,"

Por su parte el Decreto 4747 de 2007, estableció, en cuanto a la presentación de las facturas por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, que:

"ARTÍCULO 21. SOPORTES DE LAS FACTURAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.
ARTÍCULO 22. MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Única de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
"ARTÍCULO 23. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servidos 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 formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.
El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.

En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad

responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servidos 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.

Fue con fundamento en lo atrás referido, que nuestro mandante, PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, conforme se verificará en el material probatorio que se arrimará al expediente, gloso a la CLÍNICA DE FACTURAS Y ORTOPEDIA diversas facturas, las cuales en todo caso fueron Aceptadas por la entidad prestadora del servicio de salud, siendo por lo tanto improcedente el cobro de las mismas. Así las cosas, le ruego a la Señora Juez se sirva declarar probada la presente excepción.

7.- PRUEBAS

7.1.- DOCUMENTALES QUE SE APORTAN CON LA PRESENTE CONTESTACIÓN

7.1.1.- Archivo contentivo de la Depuración de cartera expedida por PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, respecto de las facturas enlistadas en el mandamiento de pago, en la cual se puede apreciar las

7.1.2.- Soportes de las objeciones a las facturas, de acuerdo con el cuadro anexo a la presente contestación.

Los documentos descritos en precedencia podrán encontrarse en el siguiente link:

https://www.dropbox.com/sh/a6sc48mpp09ojwe/AADWIPGAWY9B2fqgzaugWUI-a?dl=0

7.2.- INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito a S.S. se sirva señalar fecha y hora para efectuar Interrogatorio de parte al Representante legal de la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDÍA, la Dra. Mireya Sánchez Toscana o quien haga sus veces, a fin de que absuelva cuestionario que formulare verbalmente en su despacho.

8.- ANEXOS

Los documentales enunciados como pruebas

9.- NOTIFICACIONES

9.1.- PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS
Carrera 5 No 11-03 de la Ciudad de Ibagué.
Correo electrónico: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

9.2.-LA SUSCRITA FIRMA DE ABOGADOS
Calle 6 No 5- 13 Barrio La Pola de la Ciudad de Ibagué.
Correo electrónico: juridica@msmcabogados.com

De la Señora Juez

MARGARITA SAAVEDRA MAC´AUSLAND
MSMC & ABOGADOS S.A.S
C.C. 38.251.970 de Ibagué
T.P 88.624 del C.S de la J

COLEGIO MAYOR
DE NUESTRA SEÑORA
DEL ROSARIO

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Proceso Ejecutivo Rad. 2021 - 00118 – 00

JUZGADO TERCERO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA

Neiva, 18 de Agosto de 2021. 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

CONSTANCIA SECRETARIARL. Neiva, 22 de Septiembre de 2021. El día 23 de Agosto de 2021 a las 5:00 p.m quedo ejecutoriado el auto anterior. El día 1º de Septiembre a última hora hábil (5:00 P.M) venció el término de diez (10) días de que disponía la demandada **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS** para contestar y/o excepcionar, haciendo uso del mismo presentando excepciones de mérito mediante escrito remitido al correo institucional. Pasa el expediente al despacho para resolver lo que en derecho corresponda.

(Original firmado)
GINA CATHERINE PÁRAMO BERNAL
SECRETARIA