



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**

Auto resuelve recurso de reposición

Bucaramanga, catorce (14) de Septiembre de dos mil veintiuno (2021).

Entra el Despacho a resolver las excepciones previas interpuestas por el apoderado judicial de la sociedad demandada, contra el auto de mandamiento de pago adiado 27/05/2021 .

ANTECEDENTES

La parte demandante IPS CLINICA CHICAMOCHA S.A., a través de apoderado judicial, interpone acción ejecutiva de menor cuantía, para obtener el pago de las sumas de dinero que le adeuda la demandada COMPAÑÍA POSITIVA S.A., por concepto de los servicios de salud que le prestó a sus afiliados, aportando tres facturas de venta.

Se libra mandamiento de apremio el día 27/05/2021, y corregido posteriormente mediante providencia del 08/06/2021, por la suma de cuarenta y dos millones doscientos cincuenta mil ciento cincuenta y nueve pesos (\$42.250.159)

Seguidamente, la parte demandada notificada a través de apoderada judicial, interpone las excepciones previas de los numerales 5 y 7 del artículo 100 del C.G.P., y recurso de reposición contra la orden de pago, argumentando que:

i. Que las solicitudes de reembolso no constituyen obligaciones que presten merito ejecutivo, ya que tan solo son, según el Decreto 1771 de 1994, “meras solicitudes de reembolso de atenciones médicas y/o prestaciones asistenciales”, que constituyen el mecanismo y/o procedimiento regulado por la Ley para que opere el sistema de seguridad social y, mal puede ejecutarse una obligación con base en un documento al que la ley no le atribuye la suficiencia

necesaria para exigir el cumplimiento forzado de la misma que consta en él, y menos aún, cobrar intereses sobre las mencionadas sumas.

ii. Que las facturas 1329810 y 1281074, fueron devueltas a la IPS, con las glosas de usuario no afiliado a la aseguradora y, las autorizaciones que se encuentran en los soportes de la factura no corresponde al asegurado de la factura, respectivamente.

iii. Que la factura 1409757, no es un accidente de trabajo, pertenece a una factura de póliza de vida, la cual aluden que deben radicar por Generación Positiva, por lo que expone que fue rechazada.

iv. Que el reconocimiento de los reembolsos por prestación de servicios de salud, debatidos en el presente proceso tienen como fundamento el contrato de prestación de servicios, suscrito entre las partes, y sus correspondientes prórrogas, donde se estableció el incumplimiento de las obligaciones contractuales y legales de la parte contratista, arguyendo que “nunca pueden debatirse dentro de un proceso ejecutivo”, ya que se estableció el trámite legal un trámite diferente.

Conforme a lo anterior, la parte actora recorrió la reposición, indicando que se está en presencia de obligaciones derivadas de la prestación cierta y efectiva de servicios médico asistenciales por parte de la institución Prestadora de servicios demandante, cuyo pago, alude que corresponde asumir a la Empresa Obligada al Pago (EOP) demandada, no obstante, asevera que la misma pretende eludir la obligación de cancelación, en argumentaciones jurídicas que estiman que resultan ajenas al marco jurídico sustancial, transcribiendo apartes de la resolución 3047 de 2008, modificada por la resolución 416 de 2009 y del Decreto 4747 de 2007, determinando que la carga procesal para acreditar si determinada factura fue objeto de Glosa y la misma fue notificada en términos al acreedor, está a cargo de la parte pasiva.

De esta manera, expone que no son aceptables las generales manifestaciones expuestas por el recurrente, siendo por el contrario la conducta procesal adecuada, la presentación de medios de prueba por parte de la demandada, tendientes a soportar su dicho, es decir, que realizó y notificó oportunamente a la actora, glosas que hubiese formulado respecto de las facturas objeto de reclamación procesal, pues la omisión de tal actuación, genera como efecto jurídico vinculante la aceptación tácita de la obligación.

CONSIDERACIONES

El recurso de reposición, considerado como medio de impugnación, tiene por finalidad que el auto atacado se revoque o reforme, así como la rectificación de los errores cometidos por el juez en sus providencias.

Así las cosas, este Operador Judicial procede al estudio de lo argüido en el recurso objeto de estudio, de la siguiente manera:

FALTA DE REQUISITOS Y EXIGIBILIDAD DE LOS TITULOS VALORES.

LA FACTURA

La factura es un documento que constituye un título valor de carácter probatorio, expedido por el vendedor al comprador, en el que se acredita que se ha realizado una compra por el valor y productos en ella relacionados.

Como se sabe, las facturas son de dos clases: de venta o de transporte, siendo en relación con la primera de ellas, que se viertan las sucesivas consideraciones, por ser de este tipo, la que hoy nos ocupa:

Se denomina factura de venta, un “título valor de contenido crediticio, causal, que el vendedor de unas mercancías que han sido entregadas, expide a su orden y entrega al comprador, para su aceptación y pago”.

La factura, como título especialísimo que es, el Código de Comercio consagra su regulación en los artículos 772, 773, 774, 777, 778 y 779, y su definición se encuentra en el artículo 772 ibídem, así:

“Factura es un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio.

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 (...).”

Es así, como se tiene que la factura contiene la identificación de las partes, la determinación de la mercancía vendida o servicio prestado -clase y cantidad-, el número y fecha de emisión, el precio unitario y el total, los gastos que por diversos conceptos deban abonarse al comprador y los valores correspondientes a los impuestos, a los que esté sujeta la respectiva operación económica. Este documento suele llamarse factura de venta.

Adicionalmente, para efectos tributarios, cuando el vendedor sea una persona o entidad que tenga la calidad de comerciante, deberá expedir factura o documento equivalente, que deberá reunir, además de los anteriores requisitos, los siguientes:

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

Lo dicho, se fundamenta en el hecho de que con el establecimiento del impuesto sobre las ventas (IVA), la ley obligó al vendedor a expedir factura no sólo para el caso de la compraventa, sino también para el de la prestación de servicios¹, cuya denominación para efectos tributarios y en general, a partir de la vigencia de la Ley 1231 de 2008, es la de factura de venta.

De esta manera, se advierte que para que un documento preste mérito ejecutivo, debe reunir los requisitos previstos en el artículo 422 del C. G. P., exigencias que igualmente deben cumplirse cuando la ejecución quiera soportarse en un conjunto de documentos que evidencien, por sí solos, la obligación cuyo pago se persigue, la cual debe ser clara, expresa y exigible.

¹ PARRA GARCIA, Germán, NUEVO RÉGIMEN DE LA FACTURA CAMBIARIA Y LA FACTURA COMERCIAL, Editorial TEMIS S.A., Bogotá, 2009, pag. 65.

Con otras palabras, el título ejecutivo no es una construcción simplemente material de documentos, así todos ellos guarden relación con un determinado negocio jurídico, sino que, en estrictez, es un concepto legal en el que la pluralidad de documentos no desvanece la unidad jurídica de título, el cual, en cuanto al reconocimiento de la deuda, debe provenir del deudor o del causante y hacer prueba contra él, amén de que la obligación tiene que constar con claridad (porque identifica los sujetos y el objeto de la obligación), ser expresa (manifiesta, explícita, por oposición a aquella que es implícita o deducible) y poderse demandar su cumplimiento (exigible).

Sobre la facturación del servicio de salud, se traerá a colación lo expuesto por el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bucaramanga, en los términos que a continuación se transcriben:

"2. SOBRE LA FACTURACION DEL SERVICIO DE SALUD."

Con la entrada en vigencia de la Ley 100/1993 se unificó e integró el sistema general de seguridad social en salud, que hasta entonces se encontraba disperso, buscando que la prestación del servicio de salud adquiriera universalidad y, que administrativamente se pudiera garantizar.

Se facultó a las EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD para que pudieran garantizar a sus afiliados, el plan obligatorio de salud directamente o a través de las instituciones prestadoras (IPS). El artículo 179 de la Ley 100/1993 permitió a las EPS establecer modalidades de contratación y, sobre todo, un sistema unificado de pago, por capitación y protocolos o presupuestos globales fijos... de tal manera que se incentivaran las actividades de promoción y prevención y el control de costos, pues no podía desconocerse que la prestación del servicio de salud es un hecho económico, que en una economía como la nuestra, cuesta, hay que pagarlo, y puede asumir diversas formas en su contratación y pago. Entre estas formas están:

- *pagos por servicios,*
- *pago por paquetes y*
- *capitación.²*

Inicialmente el tema estuvo reglamentado por el DECRETO 3260 de 2004³, que en su artículo 9 estableció las reglas para el pago en los contratos por conjunto integral de atención, pago por evento u otras modalidades diferentes a la capitación en regímenes contributivo y subsidiado. Se dijo en esta norma –ya derogada–:

2 "El pago por servicios es el pago que el usuario hace al prestador del servicio por los servicios que le presta, e incluye honorarios médicos, suministros, medicamentos y servicios quirúrgicos. Este pago no se puede estipular *ex ante* (antes del suceso) porque la atención depende de los requerimientos de cada paciente. Con esta modalidad de pago, el prestador tiene incentivos para aumentar los costos del servicio, pues así aumenta sus ingresos. / El pago por capitación se basa en el concepto de enfermo potencial y no en el de enfermedad actual. El prestador atiende a un conjunto determinado de personas. Por cada persona inscrita recibe un giro periódico de la administradora, sin importar el número de veces que acuda al servicio médico. Con este esquema, el prestador tiene incentivos para controlar el costo de los servicios. / El pago por caso es una forma de contratación que contiene elementos de las anteriores. La unidad de medida es el tratamiento global de una dolencia específica de la que se conocen los protocolos de tratamiento y, por tanto, sus costos. La prestadora de servicios tiene incentivos para realizar más tratamientos y, ante cada paciente, para controlar los costos del procedimiento".

3 Este DECRETO fue [derogado por el art. 30 del Decreto Nacional 4747 de 2007](#).

En los contratos donde se pacte una modalidad de pago diferente a la capitación, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, las EPS o ARS y las IPS se sujetarán al siguiente procedimiento de trámite y pago de las cuentas:

1. Las ARS y las EPS deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud como mínimo durante los veinte (20) primeros días calendario del mes siguiente al que se prestaron los servicios, incluido el mes de diciembre, de conformidad con la jornada habitual de trabajo de sus oficinas administrativas en los días y horas hábiles. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma.

Para la radicación y presentación de facturas, las ARS o EPS, no podrán imponer restricciones que signifiquen requisitos adicionales a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera y la demostración efectiva de la prestación de los servicios en salud.

2. Las ARS o EPS contarán con treinta (30) días calendario contados a partir de la presentación de la factura para adoptar uno de los siguientes comportamientos que generarán los correspondientes efectos aquí descritos:

a) Aceptar integralmente la factura: En este evento se procederá al pago del ciento por ciento (100%) de la factura dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a los treinta (30) días iniciales;

b) No efectuar pronunciamiento alguno sobre la factura: En este evento se efectuará el pago del cincuenta (50%) del valor de la factura dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de los treinta (30) días iniciales. Si transcurrido el término de cuarenta (40) días calendario a partir de la radicación de la factura, no efectúa pronunciamiento alguno, deberá pagar el cincuenta por ciento (50%) restante dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de este término;

c) Formular glosas a la factura: En este evento se procederá al pago de la parte no glosada dentro de los cinco (5) días calendarios siguientes al vencimiento de los treinta (30) días iniciales.

3. Cuando se formulen glosas a la factura la IPS contará con treinta (30) días calendario para responderlas. Una vez respondidas las glosas la ARS o EPS contará con cinco (5) días calendario para proceder al pago de los valores que acepta y dejar en firme las glosas que considere como definitivas.

4. En aquellos eventos en que existan glosas definitivas por parte de la ARS o EPS las partes acudirán a los mecanismos contractuales o legales previstos para la definición de las controversias contractuales surgidas entre las partes.

Parágrafo 1°. Las IPS no tendrán derecho a la aplicación del literal b) del presente artículo, cuando la EPS o ARS haya formulado glosas que en el promedio de los últimos seis (6) meses superen el cincuenta por ciento (50%) del valor de las facturas o cuentas de cobro radicadas.

Parágrafo 2°. Las EPS y ARS podrán pactar plazos inferiores a los establecidos en el presente artículo.

Posteriormente, se profirió la LEY 1122 de 2007 encargada de regular las relaciones entre prestadores de servicios de salud y responsables del pago, sobre la siguiente base general:

- El prestador está en la obligación de presentar una factura y sus soportes a los responsables de pago.*
- El responsable del pago está en la obligación, a su turno, de pagar el valor de manera oportuna.*

En especial debe observarse el literal d) artículo 13⁴ de la LEY 1122 de 2007, que es del siguiente tenor:

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.

PARÁGRAFO 5o. Cuando los Entes Territoriales o las Entidades Promotoras de Salud, EPS o ARS no paguen dentro de los plazos establecidos en la presente ley a las Instituciones Prestadoras de Servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras.

En virtud del artículo 13 de la Ley 1122/2007, se expidió el DECRETO 4747 DE 2007, por medio del cual se regularon algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictaron otras disposiciones.

Sobre el tema que nos ocupa, dispuso este DECRETO:

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 23. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando 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

4 Sobre esta norma véase las sentencias de constitucionalidad C-260/2008 y C-675/2008.

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.

ARTÍCULO 24. RECONOCIMIENTO DE INTERESES. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

Así mismo, el MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL expidió la RESOLUCION 3047/2008 por medio de la cual se definieron los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

En esta reglamentación señaló que la **“Factura o documento equivalente:** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada”.

Además, estableció en el artículo 12 lo siguiente: **“Soportes de las facturas de prestación de servicios.** Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el anexo técnico 5”. Precisamente, dicho anexo 5, relaciona uno a uno el listado de los documentos que se deben acompañar para exigir el pago por los servicios, como por ejemplo, por consultas ambulatorias, exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas, de las cuales debe resaltar este TRIBUNAL que tienen un común denominador: para el cobro y respectivo pago debe aportarse LA FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE.

Finalmente, es preciso señalar que la Resolución 3047/2008 fue modificada en algunos apartes por la Resolución 416/2009, del que es relevante el artículo 5 que señaló: “(Modificar el numeral 1° del manual de uso del anexo técnico 6 de la Resolución 3047 de 2008), el cual quedará así: 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 conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de 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, resolutivez y oportunidad pactadas en el contrato por capitación”.

Todo este recuento lo trae el TRIBUNAL para concluir que sobre la manera de hacer efectivas las obligaciones que unen, por activa a la IPS y por pasiva a la EPS, existen normas imperativas que deben ser aplicadas por el JUEZ, claro está, siempre y cuando el demandante le presente los hechos completos, esto es:

- qué modalidad de relación contractual existió entre la EPS y la IPS;
- cuándo se expidieron las facturas y se entregaron a la EPS;
- qué actos jurídicos realizó la EPS ante las facturas; y

- *por qué las mismas se hacen exigibles, esto es, que no fueron objeto de glosas y venció el término que la ley disponía para su pago sin que se hubiera cumplido.*⁵ (Negrilla y subrayado dentro del texto)

Descendiendo al caso materia de nuestro estudio, debe decirse, que constituye un hecho aceptado por las partes que las facturas de venta objeto de cobro en éste proceso, se originaron en el contrato para la prestación de servicios de salud a los asegurados, por causa exclusiva de accidente de trabajo o enfermedad profesional, celebrado entre POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., en calidad de contratante y la CLINICA CHICAMOCHA S.A.

Es así, como se tiene sin lugar a dudas, que se trata de un título ejecutivo complejo, como quiera que está compuesto de varios documentos, los cuales obran a folios 6 a 34 del archivo 05 y los archivos 20, 23 a 26 del cuaderno principal digital.

Según lo preceptuado por el artículo 1602 del Código Civil, *“todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por consentimiento mutuo o por causas legales”*.

Sobre este punto se pronunció la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 8 de febrero de 1983 así:

“... El postulado de la normatividad de los actos jurídicos (art. 1602 C. C.), se traduce esencialmente, entonces, en que legalmente ajustado un contrato se convierte en ley para las partes, quienes por consiguiente quedan obligadas a cumplir las prestaciones acordadas en él.

Cuando por disenso de las partes en el punto se discute judicialmente la naturaleza jurídica del contrato y por ende, la de las obligaciones que por emanar de él han de asegurarse en su cumplimiento, corresponde al juzgador, a fin de determinar el alcance de las prestaciones debidas, interpretar el contrato, o sea investigar el significado efectivo del negocio jurídico.

2. En dicha labor de hermenéutica la primera y cardinal directriz que debe orientar al juzgador es según lo preceptúa el artículo 1618 del Código Civil, la de contratantes, debe estarse a ella más que a lo literal de las palabras; las demás reglas de interpretación advienen a tomar carácter subsidiario y, por lo tanto, el juez no debe recurrir a ellas sino solamente cuando le resulte imposible descubrir lo que hayan querido los contratantes; cuáles fueron realmente los objetivos y las finalidades que éstos se propusieron al ajustar la convención.

Lo cual significa que cuando el pensamiento y el querer de quienes concertaron un pacto jurídico quedan escritos en cláusulas claras, precisas y sin asomo de ambigüedad tiene que presumirse que esas estipulaciones así concebidas son el fiel reflejo de la voluntad interna de aquéllos, y que, por lo mismo, se torna inocuo cualquier intento de interpretación. Los jueces tienen facultad amplia para interpretar los contratos oscuros, pero no pueden olvidar que dicha atribución no

5 Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bucaramanga, Sentencia del 6 de mayo de 2010, M.P. Mery Esmeralda Agón Amado.

los autoriza, so pretexto de interpretación, a distorsionar ni desnaturalizar pactos cuyo sentido sea claro y terminante, ni muchísimo menos para quitarles o reducirles sus efectos legales...”

Pues bien, sobre el argumento de la parte recurrente, referente a que las facturas de servicios adosadas para su ejecución, son tan solo “solicitudes de reembolso y no constituyen obligaciones que presten merito ejecutivo”, se advierte que dicho argumento NO es acogido por el Despacho, por cuanto las facturas de servicio de salud adosados a la foliatura, son un título ejecutivo complejo, que derivan del contrato de prestación de servicios suscrito por las partes, en donde se estipuló en su cláusula séptima, que las mismas hacen parte de la cuenta de cobro general, estipulándose en su parágrafo uno, que “[s]e determinara como fecha de radicación de la factura o cuenta de cobro aquella fecha en que las mismas es presentada por la I.P.S., y recibida por la ASEGURADORA y, para todos los efectos esta deberá ser la fecha que permitan clasificar la edad de la cartera y así efectuar los pagos en los plazos establecidos...”, de ahí, que las mismas tengan fecha de expedición y se encuentran aceptadas expresamente por la entidad demandada.

Ahora bien, respecto a las glosas de las facturas de servicios de salud, se tiene que en el contrato de prestación de servicios, se estipuló en cláusula séptima, modificada por el OTRO SÍ No° 3 del 04 de mayo de 2012, que establece:

La cláusula séptima quedara así: **PRESENTACIÓN Y PAGO DE CUENTAS DE SERVICIOS ASISTENCIALES:** Las partes convienen que la presentación de las cuentas de cobro y/o facturas se hará en las oficinas sucursales de **POSITIVA**, de acuerdo con la siguiente relación: En consecuencia es expresa la mención en el sentido que en CASA MATRIZ de la Compañía no se recibirá este tipo de documentación (facturas, ni respuestas a glosas):

PARA TODOS LOS PRODUCTOS ARL (RIESGOS LABORALES) – AP ESCOLARES NUEVA GENERACION POSITIVA

EL CONTRATISTA podrá elegir el mecanismo de facturación entre presentación física de facturas o facturación electrónica, en todo caso:

Se determinará como fecha de radicación de la factura o cuenta de cobro aquella fecha en que la misma es presentada por el **CONTRATISTA** y recibida por **POSITIVA**, y para todos los efectos ésta deberá ser la fecha que permitan clasificar la edad de la cartera, y así efectuar los pagos en los plazos establecidos.

Las condiciones del trámite de las facturas serán las incluidas en la Ley 1122 de 2007, el Decreto 3260 de 2.004, Decreto 4747 de 2.007, Resolución 3047 de 2.008 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, así:

- Una vez radicadas las cuentas, **POSITIVA** tendrá un plazo de veinte (20) días hábiles a partir de la fecha de radicación de la factura para formular y comunicar al **CONTRATISTA** las observaciones sobre las facturas, las cuales pueden ser devolución, aceptación o glosa. Esta Comunicación se efectuara **UNICAMENTE** por medio del Portal Web de la **COMPAÑÍA**, en el aplicativo **POSITIVA CUIDA**. Para su consulta cada entidad deberá crear los usuarios que requieran consultar la información. <http://positivacuida.positivaenlinea.com.co>

-Las facturas devueltas no se considerarán presentadas para los plazos de pago definidos por la norma.

-Una vez formuladas las glosas a una factura, **POSITIVA** no podrá formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

-El **CONTRATISTA** debe dar respuesta a las glosas presentadas dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. Cuando se trate de glosas parciales igualmente podrá usar el Aplicativo **POSITIVA CUIDA**. <http://positivacuida.positivaenlinea.com.co> para enviar la correspondiente respuesta.

-Una vez recibida la respuesta de las glosas, **POSITIVA** decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su recepción.

-Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes informando de este hecho al **CONTRATISTA**.

-En el evento que la glosa u objeción presentada sea consecuencia de discrepancias en el origen del accidente o enfermedad, los días establecidos en los incisos anteriores se adicionarán al tiempo necesario para poder agotar todas las instancias necesarias para su definición.

-Resuelta la controversia, el pago se realizará en el mes siguiente, si se definió el origen como profesional.

-El pago de las cuentas se hará a través de giro interbancario.

Aclarados estos puntos, veamos si las facturas aportadas como base del recaudo junto con el contrato, cumplen lo acordado en el contrato y lo estipulado en la jurisprudencia pre-citada.

Examinando dichos documentos, advierte este fallador, que las facturas de venta correspondientes a los números 1281074 y 1329810 fueron radicadas ante las oficinas de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, el 16 de agosto de 2019, lo que implica que, de acuerdo a lo pactado, el término para que **POSITIVA** las revisara integralmente, en aras de aceptarlas u objetarlas, empezó a correr a partir del día 19 siguiente, venciendo el término, el 13 de septiembre de ese año.

Entre tanto, de acuerdo con el escrito de contestación de la demanda y con el documento visto a archivo 16 del cuaderno principal electrónico, se señala que existió una presunta devolución de factura, el día 28 de agosto de 2019, por parte de la convocada a la ejecutante, por la causal “*no existe afiliado en la base de datos*”, por lo que se pensaría, que estamos ante unas facturas con objeto de glosas en término, sin embargo, se advierte que no se aportó el oficio al que se hace alusión, luego no existe material probatorio que soporte lo dicho, dado que si en lo menciona en su escrito de contestación, el mismo no fue adosado.

Conforme a lo expuesto, este Despacho advierte, que no se tiene certeza que la presunta objeción recae sobre las facturas 1281074 y 1329810, por lo que no es dable acoger el argumento del contradictor.

En lo tocante al rechazo de la factura 1409757, con la causal de “por no ser un accidente de trabajo y pertenecer a una factura de póliza de vida, la cual deben radicar por Generación Positiva”, este Estrado advierte que no es procedente su aceptación, ya que de acuerdo al Otro Sí N° 03, del contrato inicial de prestación de servicios de salud, se podía radicar ante la encartada, las facturas tanto de los productos de ARL y AP ESCOLARES NUEVA GENERACIÓN POSITIVA, sin que dentro del mismo se estipulara un sistema aparte para la radicación de las facturas de servicio de salud de sus asegurados.

Aunado a lo anterior, este Operador Judicial advierte que mediante escrito allegado a través de correo electrónico el día 05 de agosto de 2021, el recurrente informa el pago de la factura por valor de \$41.363.840, el día 19 de julio de 2021, y la diferencia de \$793.695 fue glosada, es decir, que no reunió los requisitos legales para su pago, adosando el soporte de pago, por lo que conforme a la normativa vigente, dicha factura se entiende aceptada.

Por otro lado, respecto al pago de la factura 1409757, por valor de \$41.363.840, sea este el momento oportuno, para tener en cuenta como abono dentro de la obligación que se ejecuta; Sin embargo, respecto a la diferencia a la cual hace alusión, que se advierte fue objeto de glosa, la misma no se tendrá en cuenta, por cuanto no fue estipulado a través de reposición contra la orden de pago, por falta de requisitos del título ejecutivo, ni tampoco se adosa prueba alguno de la manifestación, para poder entrar a estudiar de oficio los requisitos de la misma. Asimismo, se tiene que aún si la misma fuera objeto de reproche, de acuerdo a la normativa determinada en la jurisprudencia, este Estrado advierte que la misma sería extemporánea, ya que la factura fue radicada el día 07/02/2020, por lo que el término para presentar glosas era hasta el día 06 de marzo de ese año, y se arguye que la misma tan solo fue glosada el día 19 de julio de 2021, siendo esta extemporánea, por lo que debe entenderse ésa omisión, como una aceptación tácita de la misma, lo que la obligaba a cancelarlas en el término pactado en el contrato de prestación de servicios.

De la excepción de ineptitud de la demanda, este Estrado recuerda que la misma puede proponerse por dos causas: i) falta de los requisitos formales e, ii) indebida acumulación de pretensiones.

En este sentido, se advierte que las exigencias de forma de la mayoría de las demandas, hacen referencia a los siguientes aspectos: requisitos que debe contener todo libelo, los presupuestos adicionales de ciertas demandas, los anexos que se deben acompañar, la forma de proceder cuando no es posible acompañar la prueba de la existencia o de la representación del demandado o de la calidad en que se cita al demandado, también cómo se debe actuar cuando se dirige contra herederos determinados e indeterminados o se esté frente a un litisconsorcio necesario, y la forma de presentarse.

De la excepción previa, referente a habersele dado a la demanda el trámite de un proceso diferente al que corresponde la doctrina ha dicho⁶:

«En este evento es innecesario establecer la causal de la excepción previa, teniendo en cuenta que lo que se va a discutir es un punto de puro derecho, pues se trata de determinar, con base en las pretensiones y los hechos de la demanda, cuál es el procedimiento que se debe seguir».

Descendiendo al sub-lite, se advierte que el fundamento en que se edificó el medio exceptivo, consistió en que el reconocimiento de los reembolsos por prestación de servicios de salud, debatidos en el presente proceso, tienen como fundamento el contrato de prestación de servicios, suscrito entre las partes, y sus correspondientes prórrogas, donde se estableció el incumplimiento de las obligaciones contractuales y legales de la parte contratista, las cuales como se sabe, nunca pueden debatirse dentro de un proceso ejecutivo, máxime cuando el legislador estableció un trámite diferente.

Pues bien, de la primera excepción previa -ineptitud de la demanda-, este Estrado advierte que no se hace alusión alguna en su argumentación, de los requisitos de la demanda o de las pretensiones de la misma, la cual, sea dicho de paso, la misma cumple con los preceptuados en el artículo 82 del C.G.P., al estipularse las partes a intervenir, su identificación, se hace una relación de los hechos de forma consecutiva y las pretensiones están acorde con el fundamento fáctico, de igual forma se adosa los títulos ejecutivos y anexos requeridos para el trámite procesal ejecutivo.

⁶ López B., Hernán F., Código General del Proceso, Parte General; Dupré Editores, Bogotá: 2019, p. 974

Ahora, respecto a la excepción de que el “trámite dado no es el acorde con el suscrito en el contrato de prestación de servicios suscrito por las partes intervinientes”, se hace necesario traer a colación lo establecido en la Sala Plena de la alta Corporación, sobre el particular determinó que⁷:

“3. Hasta la presente fecha, en asuntos similares la Corporación atribuyó la competencia de «[l]a ejecución de obligaciones emanadas (...) del sistema de seguridad social integral que no correspondan a otra autoridad», a la jurisdicción ordinaria en sus especialidades laboral y de seguridad social, a partir del artículo 2º, numeral 5º del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, en concordancia con el artículo 100 ibídem.

4. Sin embargo, un nuevo análisis de la situación que plantea el conflicto que ahora reclama la atención de la Corte, hace necesario recoger dicha tesis y, en lo sucesivo, adjudicar el conocimiento de demandas ejecutivas como la que originó este debate, a la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil, teniendo en cuenta las razones que a continuación se exponen.

Es cierto que uno de los principales logros de la Ley 100 de 1993 fue el de unificar en un solo estatuto el sistema de seguridad social integral, al tiempo que la Ley 712 de 2001 le asignó a la jurisdicción ordinaria en su especialidad laboral y de seguridad social, el conocimiento de las controversias surgidas en razón del funcionamiento de tal sistema, como así lo prevé el artículo 2º, numeral 4º, cuyo texto señala que es atribución de aquella: (...) 4.- Las controversias referentes al sistema de seguridad social integral que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, cualquiera que sea la naturaleza de la relación jurídica y de los actos jurídicos que se controvertan. (...).

5. Ocurre sin embargo que dicho sistema puede dar lugar a varios tipos de relaciones jurídicas, autónomas e independientes, aunque conectadas entre sí. La primera, estrictamente de seguridad social, entre los afiliados o beneficiarios del sistema y las entidades administradoras o prestadoras (EPS, IPS, ARL), en lo que tiene que ver con la asistencia y atención en salud que aquellos requieran.

La segunda, de raigambre netamente civil o comercial, producto de la forma contractual o extracontractual como dichas entidades se obligan a prestar el servicio a los afiliados o beneficiarios del sistema, en virtud de lo cual se utilizan instrumentos garantes de la satisfacción de esas obligaciones, tales como facturas o cualquier otro título valor de contenido crediticio, el cual valdrá como pago de aquellas en orden a lo dispuesto en el artículo 882 del Código de Comercio.

Así las cosas, es evidente que como la obligación cuyo cumplimiento aquí se demanda corresponde a este último tipo de relación, pues surgió entre la Entidad Promotora de Salud Cafesalud S.A., y la Prestadora del servicio Hospital Universitario de Bucaramanga, la cual se garantizó con un título valor (factura), de contenido eminentemente comercial, la competencia para conocer de la demanda ejecutiva, teniendo en cuenta las consideraciones precedentes, radica en la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil.”

7 Corte Suprema de Justicia, Auto del 23 de marzo de 2017, Exp.110010230000201600178-00, M.P. Patricia Salazar Cuellar.

Es así, como se tiene que de acuerdo a la jurisprudencia, al pretenderse en el presente proceso la ejecución de las facturas de servicio de salud, surgido entre la demandante Clínica Chicamocha S.A., y la demandada Positiva Compañía de Seguros S.A., y después de estudiarse sus aspectos formales, y al cumplirse con exigencias contempladas en el adjetivo procesal, sin que fuera de recibo abordar aspectos que surgen en curso del trámite, mucho menos el examen probatorio, se libró la orden de apremio, por lo que no es llamado a prosperar el argumento del recurrente, a través de la excepción previa.

En virtud de lo expuesto, este Despacho advierte que el auto de mandamiento de pago y su corrección, del que se conduele el interviniente, se encuentran ajustados en derecho, motivo por el cual, se procederá a ordenar mantener en firme el auto objeto del presente recurso y de las excepciones previas formuladas, se itera que no están llamadas a prosperar, por lo que se denegarán.

Ahora, conforme dispone el artículo 365 del C.G.P., se dispondrá condenar en costas a la parte vencida, fijándose como agencias, la suma de quinientos cincuenta mil pesos (\$550.000), la que deberá ser incluida en la respectiva liquidación.

Por lo expuesto, el Juzgado Tercero Civil Municipal de Bucaramanga,

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR no prosperas las excepciones previas interpuestas por la parte demandada, de conformidad con la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: MANTENER el auto de mandamiento de pago objeto de reposición, adiado 27/05/2021.y corregido en providencia del 08/06/2021, por lo expuesto en la parte motiva del presente proveído.

TERCERO: TENER como abono a la obligación la suma de \$41.363.840, de conformidad con lo manifestado por la parte demandada.

CUARTO: Condenar en costas a la parte demandada y a favor de la parte actora, fijándose como agencias en derecho la suma de quinientos cincuenta mil pesos (\$550.000), la que deberá ser incluida en la respectiva liquidación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'ERBOM', written in a cursive style with a horizontal line underneath the letters.

EDGAR RODOLFO RIVERA AFANADOR
Juez