

Señora:

**JUZGADO CINCUENTA Y NUEVE (59) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y  
COMPETENCIA MÚLTIPLE DE BOGOTÁ D.C.**

cmpl77bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

CIUDAD

**Ref.: Recurso de Reposición en contra del  
mandamiento de pago BIORED INGENIERIA SAS Vs  
SERVIMEDICOS SAS.**

**Proceso Ejecutivo singular No: 2020 - 00646**

**FREDY HUERTAS BUSTAMANTE**, identificado con Cédula de Ciudadanía No **79.752.324 de Bogotá** y con Tarjeta profesional de Abogado **No 93.358 del CSJ**, actuando en mi condición de apoderado de la parte pasiva, solicitando que se me reconozca personería según documentación adjunta, muy comedidamente me permito referirme, en términos, al mandamiento de pago por usted proferido el pasado 12 de noviembre de 2020, **notificado por medios electrónicos el día 12 de febrero de 2021** en favor de **BIORED INGENIERIA SAS** presentando y proponiendo ante usted recurso de reposición en contra del aludido mandamiento de pago, con base en los siguientes fundamentos:

**I. ASPECTOS PRELIMINARES O ANTECEDENTES.**

Lo primero que debe advertirse es que con el e mail que se nos pone de presente el mandamiento de pago y las medidas cautelares ordenadas, se limita con clara violación del debido proceso, el derecho de contradicción al no allegarse la copia de la demanda, lo cual vicia de nulidad lo actuado, pues deja a la defensa con escasos elementos de juicio, convirtiéndose en un proceso de pruebas y escritos ocultos.

No obstante lo anterior, obrando a ciegas, intuimos como necesario hacer – en procura del adecuado entendimiento de la situación que nos convoca en el presente proceso y validar el cumplimiento de los requisitos exigidos al título para efectos del trámite de un proceso como el que nos convoca según el artículo 422 del Código General del Proceso – unas reflexiones sobre el sistema normativo en materia de salud, lo cual adiciona elementos de juicio a tener en consideración.

En efecto, la primera norma que ha de ponerse de presente es el Decreto 4747 de 2007, máxime cuando el contrato que sirve de base de a las aludidas facturas cuyo cobro se persigue, se refiere concretamente desde el encabezado a manera de título, específica de un contrato de dispensación de prestación de servicios por

evento.

En dicho Decreto se establece en sus artículos 5,6 y 8, lo siguiente:

**ARTÍCULO 5°. REQUISITOS MÍNIMOS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA LA NEGOCIACIÓN Y SUSCRIPCIÓN DE LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.** Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

a). Por parte de los prestadores de servicios de salud:

1. Habilitación de los servicios por prestar.
2. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
3. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
4. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

b). Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

1. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
2. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.
3. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.
4. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.

5. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

6. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

**PARÁGRAFO 1°.** En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

**Parágrafo 2°.** Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

**PARÁGRAFO 3°.** De los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.

**ARTÍCULO 6°. CONDICIONES MÍNIMAS QUE DEBEN SER INCLUIDAS EN LOS ACUERDOS DE**

**VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.** Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

1. Término de duración.
2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
4. Servicios contratados.
5. Mecanismos y forma de pago.
6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
8. Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.
9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
11. Mecanismos para la solución de conflictos.
12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

**PARÁGRAFO 1°.** Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del párrafo 1° del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en

línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

**PARÁGRAFO 2°.** Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

**PARÁGRAFO 3°.** La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Pamec, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

**ARTÍCULO 7°. CONDICIONES MÍNIMAS QUE SE DEBEN INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACIÓN.** Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo, mediante el mecanismo de pago por capitación, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 6° del presente decreto, las siguientes:

1. Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.
2. Perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades.
3. Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.

4. Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el Ministerio de la Protección Social.

5. Metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad en la atención, que tengan en cuenta la normatividad vigente.

6. Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

7. Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

**PARÁGRAFO 1°.** Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

**PARÁGRAFO 2°.** Este mecanismo de pago no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.

**ARTÍCULO 8°. CONDICIONES MÍNIMAS QUE SE DEBEN INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO, CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO.**

Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con los prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo bajo el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, deberán contemplar, además de las

condiciones mínimas establecidas en el artículo 6° del presente decreto, los siguientes aspectos:

1. Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.

2. Tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico. La identificación y denominación de los procedimientos en salud deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo 19 del presente decreto.”

El mismo Decreto 4747 de 2007, más adelante indica acerca del trámite que han de surtir las facturas para su pago, a saber:

**“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 27. LIQUIDACIÓN O TERMINACIÓN DE ACUERDO DE VOLUNTADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.** Todos los acuerdos de voluntades que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento.

Finalmente, el Decreto 4747 de 2007 estableció los anexos, soportes o en general requisitos indispensables para el trámite y pago de una factura de servicios de salud, mediante la Resolución No 3047 de 2008 - Anexo Técnico No 5, resolución a su turno modificada por la Resolución 416 de 2009, emanada del Ministerio de Salud, en el que se indicó lo siguiente (se citan los apartes pertinentes, no toda la norma):

## **“ANEXO TÉCNICO No. 5 SOPORTES DE LAS FACTURAS A. DENOMINACIÓN Y DEFINICIÓN DE SOPORTES:**

(...)

**2. Detalle de cargos:** Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.

**3. Autorización:** Corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. 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.

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

**9. Hoja de traslado:** (...)

**10. Orden y/o fórmula médica:** Documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe los medicamentos y solicita otros servicios médicos, quirúrgicos y/o terapéuticos. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

**11. Lista de precios:** documento que relaciona el precio

al cual el prestador factura los medicamentos e insumos a la entidad responsable del pago. Se debe adjuntar a cada factura sólo cuando los medicamentos e insumos facturados no estén incluidos en el listado de precios anexo al acuerdo de voluntades, o en los casos de atención sin contrato.

## **B.- LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PARA EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO**

### **1. Consultas ambulatorias:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

### **2. Servicios odontológicos ambulatorios:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f. Odontograma.
- g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

### **3. Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica.
- d. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Excepto en aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
- e. Comprobante de recibido del usuario.
- f. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se

requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

#### **4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:**

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle

c. Autorización. Si aplica.

d. Comprobante de recibido del usuario.

e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

#### **5. Medicamentos de uso ambulatorio:**

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c. Autorización. Si aplica

d. Comprobante de recibido del usuario.

e. Fotocopia de la fórmula médica.

f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

#### **6. Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio:**

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c. Autorización. Si aplica

d. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades. e. Comprobante de recibido del usuario.

f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

#### **7. Lentes:**

a. Factura o documento equivalente.

b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.

c. Autorización. Si aplica d. Comprobante de recibido del usuario.

- e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

#### **8. Atención inicial de urgencias:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- c. Informe de atención inicial de urgencias.
- d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Comprobante de recibido del usuario. h. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

#### **9. Atención de urgencias:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica. d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
- e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
- f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Comprobante de recibido del usuario.
- h. Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- i. Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.
- j. Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.
- k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

#### **10. Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria)**

- o ambulatoria):** a. Factura o documento equivalente. b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle c. Autorización. Si aplica. d. Resumen de atención o epicrisis. e. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
- g. Descripción quirúrgica.
- h. Registro de anestesia.
- i. Comprobante de recibido del usuario.
- j. Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- l. Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
- m. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito

#### **11. Ambulancia:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
- d. Autorización. Si aplica
- e. Hoja de traslado.
- f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

#### **12. Honorarios profesionales:**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- c. Autorización. Si aplica
- d. Comprobante de recibido del usuario.
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
- f. Registro de anestesia. Si aplica.
- g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

### **C. LISTADO ESTANDAR DE SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO POR**

**CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO.**

- a. Factura o documento equivalente.
- b. Autorización. Si aplica.
- c. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- d. Resumen de atención o epicrisis.
- e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
- f. Registro de anestesia. Si aplica.
- g. Comprobante de recibido del usuario.
- h. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
- i. Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.

(...)"

**II.- SOBRE LOS ARGUMENTOS DEL RECURSO. EXCEPCIONES PREVIAS Y MIXTAS.**

**II.I.- FALTA DE COMPETENCIA POR EL FACTOR TERRITORIAL.**

De conformidad con las reglas establecidas para efectos de la competencia territorial, el

**“Artículo 28. Competencia territorial**

*La competencia territorial se sujeta a las siguientes reglas:*

*1. En los procesos contenciosos, salvo disposición legal en contrario, es competente el juez del domicilio del demandado.*

*(...)"*

*3. En los procesos originados en un negocio jurídico o que involucren títulos ejecutivos es también competente el juez del lugar de cumplimiento de cualquiera de las obligaciones. La estipulación de domicilio contractual para efectos judiciales se tendrá por no escrita.*

*(...)"*

Adviértase de lo atrás transcrito el que el juez competente para efectos del presente asunto es el del domicilio del demandado que

como se observa en certificado de existencia y representación judicial, es la ciudad de Villavicencio, y no así el de Bogotá. Además, sea del caso mencionar que el cumplimiento de la obligación de pago se realiza mediante el pago de abono en cuenta a través del sistema ACH desde las cuentas con radicación o sede en Villavicencio - Meta y los usuarios cuyos servicios se prestan, se encuentran en diversos departamentos, entre ellos el Meta, de tal manera que el lugar de cumplimiento de tales obligaciones sería esta ciudad y no en Bogotá, con lo que la regla contenida en el numeral 1 del art. 28 precitado se complementa y llega a la misma solución, con la aludida en el numeral 3.

Para apoyar la presente solicitud, recuérdese el conflicto de competencias que abordó la H. Corte Suprema de Justicia, en asunto similar, en donde se indicó lo siguiente, referida de la siguiente forma justamente por la relatoría del ah. Corte Suprema en la dirección <https://cortesuprema.gov.co/corte/index.php/numeral-1-cgp/> y <https://cortesuprema.gov.co/corte/index.php/numeral-3-cgp/> así:

<b>“SALA DE CASACIÓN CIVIL</b>	
<b>ID</b>	:687807
<b>M. PONENTE</b>	:OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE
<b>NÚMERO DE PROCESO</b>	:11001-02-03-000-2019-04102-00
<b>NÚMERO DE PROVIDENCIA</b>	:AC101-2020
<b>CLASE DE ACTUACIÓN</b>	:CONFLICTO DE COMPETENCIA
<b>TIPO DE PROVIDENCIA</b>	:AUTO
<b>FECHA</b>	:23/01/2020
<b>DECISIÓN</b>	:DIRIME CONFLICTO DE COMPETENCIA

*Resuelve la Corte, conflicto de competencia surgido entre los Juzgados Veinticuatro Civil de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Bogotá y Primero Municipal de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Tunja, para conocer de proceso ejecutivo. El primero de los despachos se abstuvo de tramitar el asunto y remitió las diligencias al domicilio de la convocada, en atención a su posición cambiaria de girador o creador del título valor y la ausencia de referencia en el cuerpo del mismo sobre el lugar de cumplimiento de las obligaciones. El asegundo de los juzgadores repelió la atribución pues estimó que el primigenio auto de inadmisión proferido por el Veinticuatro Civil de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Bogotá, correspondió a un verdadero ejercicio de jurisdicción, en el que no rebatió la competencia, prorrogándola de esta forma, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 16 del Código General del Proceso. La Sala tras advertir que en este preciso caso no se cumple con lo previsto en el artículo 621 del Código de Comercio, y resolvió que el competente para conocer de la aludida acción ejecutiva es el juzgador de la*

ciudad de Tunja, territorio donde la convocada tiene el domicilio

(...)”

(Negrilla y raya fuera del texto).

“

:656263

**ID**

**M. PONENTE**

:AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO

**NÚMERO DE PROCESO**

:11001-02-03-000-2019-00108-00

**NÚMERO DE PROVIDENCIA**

:AC202-2019

**PROCEDENCIA**

Juzgado de Pequeñas Causas y Competencia  
Múltiple de Valledupar

**CLASE DE ACTUACIÓN**

:CONFLICTO DE COMPETENCIA

**TIPO DE PROVIDENCIA**

:AUTO

**FECHA**

:30/01/2019

**DECISIÓN**

:DIRIME CONFLICTO DE COMPETENCIA

**ASUNTO:** Resuelve la Corte conflicto de competencia surgido entre los Juzgados Segundo Civil Municipal de Calarcá (Quindío) y Segundo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Valledupar, para conocer de proceso ejecutivo por el cobro de sumas de dinero. El primero de los despachos rechazó la demanda por falta de competencia territorial, por cuanto no es en ese territorio el lugar exclusivo de cumplimiento de la obligación, además tampoco se indicó la dirección de notificaciones. El segundo de los juzgadores declinó del conocimiento en aplicación a lo reglado en el numeral 3° del canon 28 del Código General del Proceso, elección por la que optó el interesado. La Sala, resolvió que en el competente para conocer de la causa ejecutiva es el juzgador de la ciudad de Calarcá, lugar del pago, así se aprecia de cláusula 2ª del contrato base del recaudo.”

(Negrilla y raya fuera del texto).

Se solicita por tanto, revocar el mandamiento de pago proferido en su oportunidad por su señoría.

## **II.II.- ANTECEDENTES DEL SERVICIO – OBJETO Y CAUSA ILÍCITOS Y FALTA DE LEGITIMACIÓN.**

Es menester advertir que si Su Señoría libra mandamiento de pago en contra de esta IPS es por cuanto debe estar mencionada como responsable del pago en las aludidas facturas, con lo cual se pondría en evidencia el haber incurrido en una actividad proscrita por la normatividad nacional del sector, denominada intermediación de servicios de salud. En otras palabras, las facturas estarían afectadas de un vicio insaneable, dada su causa y objetos ilícitos como quiera que no es posible que una IPS preste y facture a otra IPS servicios de salud, empleándose para el efecto la habilitación de la primera (Ver Decreto 780 de 2016 – Decreto 1011 de 2007 y ver concepto **2-2016-106661 de la oficina jurídica de la Superintendencia de Salud**) servicios que tienen como contratante final a un

tercero. Así, bajo la normatividad nacional vigente una IPS solo puede brindar servicios de salud y cobrar por ello cuando lo hace en favor de una Entidad Responsable del Pago (Decreto 4747 de 2007) beneficiaria final del servicio, como lo es una EPS.

Ello tiene lógica dada la escases de recursos en el sector, que impiden que el servicio sea ofertado por una persona (natural o jurídica) pero sea otra la que lo presta en realidad, pues de permitirse tal mediación los recursos podrían quedarse en buena medida en manos del intermediador.

Así las cosas, no está llamado a prosperar el presente proceso ejecutivo y se solicita a su señoría se sirva atender los reclamos del presente recurso.

Sin embargo, valga decir que estos servicios fueron ofertados y prestados en virtud de un régimen excepcional, en el cual la entidad beneficiaria de los servicios es Fiduciaria La Previsora S.A, como vocera del patrimonio autónomo denominado Fondo de Prestaciones del Magisterio, quien resulta ser el único responsable de estos servicios y por tanto de su pago, pues es esta entidad quien administra el programa de salud, pensiones y riesgos profesionales de los docentes públicos de Colombia, sus pensionados y las familias de todos ellos. Así, si existiere validez en los títulos base del cobro, debería necesariamente vincularse a la Entidad responsable del pago – Fiduciaria La Previsora con el fin de no atentar contra su derecho de contradicción, y evitar fallos contradictorios o aislados de llegar a darse momento posterior para verificar su responsabilidad. Con ello, es claro que si alguna validez tienen los títulos, habrá de vincularse al ente fiduciario que fue quién dio origen a la contratación de servicios de salud en favor del magisterio y sus familias y la que además mantienen retenidos sumas cercanas a 1 billón de pesos a favor de las redes de prestadores de los servicios a nivel nacional.

Es claro que ningún proceso judicial, por supuesto los ejecutivos se incluyen, pueden quebrantar las garantías mínimas de quienes puedan resultar afectados por las decisiones judiciales. Así, la necesidad de la presencia procesal de la Entidad Responsable del Pago se puede observar en la disertación que se encuentra al interior de la Revista chilena de derecho [versión On-line ISSN 0718-3437](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372019000100099) Rev. chil. derecho vol.46 no.1 Santiago abr. 2019 <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372019000100099> ESTUDIOS DERECHO PROCESAL, que se ha denominado “La Obligación Solidaria Pasiva Y Debido Proceso” (Joint and several obligations and due process).

Allí se indica que:

“No obstante lo anterior, existen algunos problemas más complejos que resolver en relación al nexo entre el principio de audiencia [ser oído y vencido en juicio]\* y las obligaciones solidarias. Se trata de situaciones vinculadas a los efectos de una sentencia que puede afectar a otros codeudores solidarios que no han sido parte en el juicio. Como lo sintetiza Alfaro, se presentan casos de procesos

que tienen por objeto una relación jurídica con una pluralidad de titulares en los que el desarrollo y la decisión del mismo, en ausencia de alguno de los sujetos, supondría una violación del principio de audiencia, desde que le alcanzarían los efectos de una eventual sentencia desfavorable sin haber tenido la oportunidad de ser oído<sup>58</sup>.”

\*[] Explicación agregada al texto original, dada la terminología de cada país a las mismas garantías.

Así las cosas, si algún juicio debe adelantarse, éste necesariamente debe vincular al ente fiduciario, pues estando viciado el vínculo entre 2 IPS subsiste el que se dé entre la Entidad Responsable del pago (Fiduprevisora) y la IPS prestadora del servicio, tal y como el Decreto 780 – art. 2.3.2.1.14, lo indica, así:

“Será solidariamente responsable la EPS del régimen subsidiado y la Entidad Promotora de Salud (EPS) de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto.”

En conclusión, el trámite presente no puede adelantarse con base en unos títulos cuyo objeto es ilícito no existiendo además legitimación en la medida en que el único responsable sería la Fiduprevisora.

## **II.II.- CARENCIA DE UN TÍTULO CLARO, EXPRESO Y EXIGIBLE. ART. 422 DEL CGP POR NO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES DEL SECTOR SALUD.**

De forma subsidiaria, y al no acogerse la anterior excepción, nos corresponde hacer adicionales pronunciamientos que en todo caso procuran la revocatoria del mandamiento de pago.

Es fácil concluir de los antecedentes señalados en aparte anterior que de conformidad con el Decreto 4747 de 2007, en asocio con la resolución emanada del Ministerio de Salud No 3047 de 2008, se han de cumplir con **TODOS** los requisitos establecidos allí para que una obligación se entienda como clara, expresa y exigible y consecuentemente, se atienda con el pago la factura que se haya radicado con posterioridad. El primero y esencial requisito para la reclamación exitosa de una presunta obligación insoluta, es la existencia de un contrato por escrito (**solemne**) el cual además debe contener unos imponderables, es decir, que sin excepción, debe hacerse mención de los aspectos contenidos en el art. 5 y s.s del Decreto 4747 de 2007. Ya al momento del cobro, se deben además allegar,

junto con la factura, los requisitos definidos en el anexo 5 de la resolución No 3047 de 2008, modificada en algunos de sus apartes por la Resolución 416 de 2009.

En el presente caso se ha dicho enfáticamente que al no dársele cumplimiento a la ley en materia de solemnidades (no hay contrato en los términos del Decreto 4747 de 2007, dado que no se aporta como soporte de la demanda ningún texto que recoja posibles acuerdos de voluntades) no existe alguna fuente de las obligaciones reclamadas como insolutas por el demandante. Al correr lo accesorio la suerte de lo principal (art. 728 del C.C) es claro que no existiendo contrato, no hay obligaciones y por ende, las facturas no son de recibo para alegar en un proceso ejecutivo que exige – dada la naturaleza sagrada de los recursos que se administran por los actores del sector salud - una solemnidad *ad sustantiam actus*, para que, a partir de ello, se pueda pregonar la existencia de obligaciones claras, expresas y exigibles. Por tanto, resulta apenas evidente el que nos encontramos – para que proceda el cobro ejecutivo – ante la necesidad de aportar un título ejecutivo complejo (lo cual no se ve cumplido por el ente ejecutante) exigencia que tiene fundamento en el que la factura no es autónoma pues ésta solo tiene sentido y alcance en la medida en que está precedida de un contrato de prestación de servicios de salud bajo alguna de las modalidades que trae la norma (capitación evento o “paquetes”) lo cual le impone al propio contrato y consecuentemente a la factura, unos requisitos ausentes en el presente caso, para el pago de tales valores reclamados.

Ahora bien, ya en desarrollo de la relación jurídica solemne, es menester aportar junto con la factura, para que la EPS (designada en el Decreto 4747 de 2007 como: “Entidad Responsable del Pago o ERP” proceda con el pago, soportes, entre otros: las autorizaciones originales emanadas de la ERP, detalles de cargos, epicrisis, descripción quirúrgica, constancia del copago o cuota moderadora, comprobantes de recibo del usuario y de los FURIPS, ni qué decir de los aspectos relativos al cruce de cuentas por conceptos de cuotas moderadoras y copagos, entre otros, según las exigencias indicadas apartes atrás, del anexo No 5 de la Resolución 3047 de 2008.

En otras palabras, cabe preguntarse: ¿Es posible obviar la legislación precitada por parte del despacho a cargo y mantener incólume el mandamiento de pago, cuando se exige que las facturas deben estar acompañadas del recibo a satisfacción del usuario y éste no aparece en ninguna de las facturas presentadas al cobro judicial?

¿Puede entenderse que los prestadores del servicio de salud se encuentran exentos de cumplir con las imperativas disposiciones del Decreto 4747 de 2007, en materia de elementos esenciales de sus relaciones comerciales (contratos y anexos de las facturas)? ¿Pueden los presuntos acreedores en el sector salud exigir el pago de sus servicios, sin importar la pertinencia médica de los procedimientos, la cobertura del plan del usuario o si éste ha sido debida o indebidamente atendido, siendo justamente un contrato de servicios de salud el

negocio causal de tales facturas? ¿Puede decirse que es válido impedir el ejercicio al presunto deudor de las garantías contenidas en el Código General del Proceso, en la medida en que no le es dado al demandado la defensa a través de medios exceptivos relacionados con el negocio causal, pues sólo a éste le compete guardar silencio y pagar?

Como quiera que es nuestro entender que ninguna de esas premisas resulta posible atenderla afirmativamente, se impone la revocatoria del mandamiento del 27 de julio de 2020 que ahora nos ocupa.

Ahora bien, para poner en mayor evidencia la necesidad de que se aporte el contrato pertinente, que permita entender si las facturas fueron bien o mal generadas y acompañadas, es importante destacar la regularidad de las relaciones comerciales entre la IPS demandante y esta demandada, de lo que da cuenta la consecutividad de las facturas que se han generado por un periodo prolongado de tiempo, al punto que resulta imposible negar la existencia una coordinación constante para la atención de usuarios, a pesar de lo cual no se aporta, siendo indispensable que obre en el expediente según se ha dicho, en atención al Decreto 4747 de 2007. Con sobrada razón todas las facturas cuidadosamente relacionadas, de forma ininterrumpida cronológicamente demuestran que no se trata propiamente de urgencias aisladas que debieron ser asumidas con base en situaciones fortuitas en procura de salvaguardar la vida de los pacientes, sino que en realidad tales atenciones obedecen a un programado procedimiento que las partes habían contemplado, con lo cual es apenas obvio que se requiera de forma insalvable del acuerdo que previamente se había estructurado entre ellas para que el mandamiento de pago se hubiere generado con acierto.

De hecho y como se puede observar en las normas precitadas (Ver num. 9 de la resolución 3047 de 2008) hasta la atención de urgencias exige al momento de la radicación de las facturas de soportes, destacándose la ausencia de constancia de recibo a satisfacción de los servicios prestados al paciente y el original de la autorización de servicios emitida por la EPS, o la constancia del agotamiento del procedimiento de aviso sin respuesta a la EPS como responsable del pago.

No puede olvidarse que, de conformidad con el Código de Comercio, se erige como una excepción válida frente a los títulos valores, como lo son las facturas, la excepción derivada del negocio causal, en los siguientes términos:

**“Art. 784.- Excepciones de la acción cambiaria.** Contra la acción cambiaria sólo podrán oponerse las siguientes excepciones:

(...)

12) Las derivadas del negocio jurídico que dio origen a la creación o transferencia del título, contra el demandante

que haya sido parte en el respectivo negocio o contra cualquier otro demandante que no sea tenedor de buena fe exenta de culpa, y

13) Las demás personales que pudiere oponer el demandado contra el actor.”

En otras palabras, habida consideración de la indisoluble relación entre contrato y facturas en materia de salud, al no configurarse el título ejecutivo complejo por no darse estricto cumplimiento en la demanda a las solemnidades del negocio causal, procede la revocatoria del mandamiento de pago. Así lo reconoce la demanda cuando indica que las facturas corresponden a servicios de salud y al no ser presentado el conjunto de piezas del título ejecutivo complejo, las consecuencias no pueden ser otras más que la revocatoria aquí solicitada, al carecerse de claridad en los títulos allegados por incompletos y por ende, carentes de un sentido expreso y exigible.

En resumen, no se aportó el contrato por parte del ejecutante que vincula a éste con el demandado, siendo este un requisito esencial, como tampoco las facturas cuentan con los debidos soportes, tales como pero sin limitarse a: la orden médica, la autorización de la entidad responsable del pago, el recibo del servicio a satisfacción del usuario, detalle de los procedimientos adelantados, con lo cual no se le da cumplimiento las disposiciones del art. 422 del CGP ni a las del Anexo Técnico No 5 de la Resolución No 3047 de 2008 Literal B, Numeral 3.

Adicionando lo antedicho, las facturas de salud, se reitera son especiales y por ende, ameritan un trato desigual, de mayor prudencia frente a lo que ordinariamente se tiene para los negocios de otros bienes y servicios. No puede entonces llegarse al absurdo que se equipare el suministro de cualquier servicio o bien (zapatos, llantas, servicios de electricidad o lavandería, etc) a los que se dan con ocasión de la atención en salud, pues en tratándose de un derecho fundamental, se exige una mayor rigurosidad en el manejo de los recursos y por tanto mayor responsabilidad de los actores, así como del administrador de justicia que debe ser celoso en su juicio. De hecho, aún en el régimen ordinario de la factura, es necesario acreditar la real entrega de bienes o servicios, pues darle credibilidad tan solo a las facturas es tanto como burlar los efectos jurídicos de normas imperativas que impiden el enriquecimiento sin causa, institución que se erige - no como una norma aislada para evitar en algunos casos un desequilibrio económico en el sector salud - sino como un principio fundamental del derecho civil y comercial colombiano. En efecto, no resulta sorprendente el que, en tratándose de un negocio causal de cualquier mercadería sea esencial verificar las condiciones en la que éste se generó y en especial en lo concerniente a la efectiva y satisfactoria entrega de bienes o servicios viéndose entonces la armonía entre las normas especiales del sector salud y las del régimen ordinario de la factura en el

Código de Comercio, como las disposiciones contenidas en el art. 772 del Código de Comercio, que ha quedado así, luego de algunas modificaciones al texto original:

**“ARTÍCULO 772. <FACTURA>**. <Artículo modificado por el artículo 1 de la Ley 1231 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> 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.**

(Destacados agregados).

Si no existe la posibilidad de librar factura sin la entrega real y material de bienes y servicios efectivamente prestados de cualquier estirpe, porque así lo contempla la legislación comercial, aplicable al sector salud y coincidente con ésta en tal aspecto, corresponde evidentemente al prestador o proveedor demostrar en juicio y con la demanda que sí entregó tales bienes o servicios a satisfacción, lo cual en el caso de salud no depende de la EPS o Entidad responsable del pago (ERP) **sino del usuario**, lo cual se manifiesta con la firma de conformidad en la factura correspondiente, asunto que se insiste, no existe en el presente proceso, además de los otros requisitos exigidos por la normatividad especial para el sector salud y a los que ya se ha hecho mención. Ha de indicarse que es justamente por la seguridad en el tráfico jurídico en el sector salud que se exigen especiales requisitos para el pago de una factura, de lo que se deduce no es posible pagar aquello que no está debidamente soportado, pues se tratan de dineros que poseen una destinación específica para la atención de derechos fundamentales (la vida y la salud).

### **III.- SOLICITUDES.**

En atención a lo indicado en los apartes anteriores, y con base en el recurso de reposición que se interpone, solicito a ese ente se sirva decretar la nulidad de la notificación, dada la imposibilidad material de adelantar una defensa con mayor certeza y ante la carencia de la pieza fundamental que da lugar a este proceso: la demanda; en todo caso, se solicita se sirva revocar el auto del **12 de noviembre de 2020**, notificado por medios electrónicos el día **12 de febrero de 2021**, dado el hecho que, en primer término, se dan los elementos necesarios para disponer de la terminación del proceso según el art. 278 del CGP y se dé por terminado el proceso y en segundo término, se incurre en las falencias descritas el artículo 90, Nums. 1 y 2,

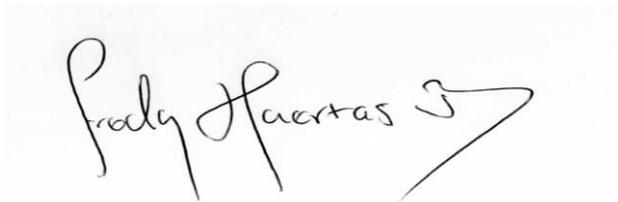
en asocio con el contenido del art. 100 nums. 5 y 7 del CGP, al igual que no se cumple con las exigencias del art. 422 de la misma codificación - auto por medio del cual se profirió el mandamiento de pago en el proceso que nos ocupa - y en su lugar se rechace la demanda.

#### **IV.- PRUEBAS**

Se aporta con fines de sustentar las excepciones previas del presente recurso, las siguientes:

- Poder a mí conferido y certificado de existencia y representación legal de la demandada.
- Contrato suscrito entre Fiduprevisora y la UT Medicol Salud 2012, de la cual es integrante Servimédicos SAS.
- Certificación bancaria donde se evidencia la sede en Villavicencio de la cuenta bancaria.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, reading "Fredy Huertas" followed by a stylized flourish.

**FREDY HUERTAS BUSTAMANTE**

**APODERADO PARTE DEMANDADA – SERVIMEDICOS SAS.**