

EJECUTIVO – C1

RADICACIÓN: 680014003-023-2021-00424-00

CONSTANCIA SECRETARIAL: Al Despacho de la señora Juez la presente demanda, recibida a través del correo institucional de esta dependencia. Para lo que estime proveer. (AT)

MILDEY ROSSI RAMÍREZ ANGARITA  
SECRETARIA



JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA

Bucaramanga, veintitrés (23) de agosto de dos mil veintiuno (2021)

Procede este Despacho a pronunciarse sobre la admisibilidad de la demanda **EJECUTIVA DE MENOR CUANTÍA** promovida por la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER** contra la entidad demandada **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**<sup>1</sup> conforme lo dispuesto en los artículos 82 y 90 del C.G.P., advirtiendo que adolece del cumplimiento de los siguientes requisitos formales, por lo cual se requiere a la parte demandante para que:

- 1. Allegue el certificado de existencia y representación legal de la sociedad apoderada **SOLUCIONES INNOVADORAS GROW S.A.S.** con no más de un mes de expedición a la fecha de presentación del escrito de subsanación de la demanda, e informe en el acápite de notificaciones la dirección física y el correo electrónico de la sociedad apoderada de la empresa social del estado demandante.
- 2. acredite que el poder ha sido otorgado por la ESE poderdante mediante mensaje de datos remitido desde la dirección de correo electrónico inscrito para recibir notificaciones, como quiera que la actora es una persona jurídica, de acuerdo con lo reglado en el inciso 3 artículo 5° del Decreto Legislativo 806 del 4 de junio de 2020, toda vez que se advierten cuentas de correo electrónico diferentes a la reportada en el Registro Actual de Prestadores de Servicios de Salud.

| PRESTADORES                                                                                                                                                                                                                 | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|
| Nit:NI<br>Cédula ciudadanía:CC <input type="text" value="NI"/> <input type="text" value="900006037"/> - <input type="text" value="4"/><br>Cédula extranjería:CE<br>Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Pública"/> |       |           |           |                      |           |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR                                                                                                                                                                                               |       |           |           |                      |           |
| Departamento <input type="text" value="Santander"/> Municipio <input type="text" value="BUCARAMANGA"/>                                                                                                                      |       |           |           |                      |           |
| Código de Prestador <input type="text" value="6800100792"/> - <input type="text" value="01"/>                                                                                                                               |       |           |           |                      |           |
| Nombre del Prestador <input type="text" value="EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER"/>                                                                                                             |       |           |           |                      |           |
| Clase de Prestador <input type="text" value="Instituciones - IPS"/> <input type="text" value="Empresa Social del Estado SI"/>                                                                                               |       |           |           |                      |           |
| Dirección <input type="text" value="CARRERA 33 # 28 - 126"/>                                                                                                                                                                |       |           |           |                      |           |
| Teléfono(s) <input type="text" value="6346110."/>                                                                                                                                                                           |       |           |           |                      |           |
| Fax <input type="text" value="6550116"/>                                                                                                                                                                                    |       |           |           |                      |           |
| Correo Electrónico <input type="text" value="gerencia@hus.gov.co"/>                                                                                                                                                         |       |           |           |                      |           |
| Razón Social <input type="text" value="EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER"/>                                                                                                                     |       |           |           |                      |           |
| Representante Legal <input type="text" value="EDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO"/>                                                                                                                                                 |       |           |           |                      |           |
| Nivel Atención Prestador <input type="text" value="3"/> Carácter Territorial <input type="text" value="DEPARTAMENTAL"/>                                                                                                     |       |           |           |                      |           |
| Fecha de Inscripción <input type="text" value="20061117"/> Fecha de Vencimiento <input type="text" value="20220831"/>                                                                                                       |       |           |           |                      |           |

- 3. Ajuste los hechos de la demanda, los cuales deberán dar cuenta de las circunstancias de cada una de las facturas, precisando de forma individualizada las fechas de exigibilidad.
- 4. En concordancia con lo anterior, escinda debidamente las pretensiones, de conformidad con cada una de las facturas y sus importes, así mismo deberá hacerlo en relación con los intereses moratorios

<sup>1</sup> Creado mediante Decreto 401 de Julio 15 de 1993 de la Gobernación de Nariño, como establecimiento público descentralizado del orden departamental, dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sujeto a lo regulado en la Ley 10 de 1990 y a las demás disposiciones aplicables.

causados en cada obligación de conformidad con las fechas individuales de exigibilidad, advirtiéndole que dichos intereses se hacen exigibles a partir del día siguiente en que se venció cada obligación.

5. Aclare por qué en el hecho sexto de la demanda señala que: *“DASALUD SECRETARIA SALUD DEPTO BOLÍVAR debió cancelar de manera integral y completa los valores contenidos en las facturas radicadas por mi poderdante (...)”* toda vez que la entidad referida no hace parte del extremo accionado.
6. Allegue los documentos que den cuenta de que se surtió el trámite de recobro reglado en el artículo 23 del Decreto 4747 de 2007 “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”, en concordancia con el anexo Técnico No. 5 de la Resolución 3047 de 2008 (modificada por la Resolución 416 del 18 de febrero de 2009). Lo anterior, teniendo en cuenta que para el *cobro de servicios de salud ante los entes territoriales*, no basta con la presentación de la factura, pues al tratarse de un *título ejecutivo complejo*, y por la naturaleza de los servicios que respaldan, es necesario que se acredite plenamente el cumplimiento de los requisitos previstos en las normas especiales ya citadas.

Se advierte que el escrito y anexos con que ejecute este acto deberán enviarse como mensaje de datos al correo institucional del Juzgado - [j23cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j23cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co).

Para el cumplimiento de lo anterior se deberán observar las puntuales instrucciones a que alude el artículo 6° del Decreto Legislativo 806 de 2020, en cuanto resulten pertinentes.

De conformidad con lo anterior, el Juzgado Veintitrés Civil Municipal de Bucaramanga,

### RESUELVE

**PRIMERO. INADMITIR** la demanda de **EJECUTIVA DE MENOR CUANTÍA** promovida por la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER** contra la entidad demandada **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO** conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO:** Conceder el término de cinco (5) días para subsanar la demanda acorde con lo expuesto en la parte motiva, so pena de rechazo, advirtiéndole que el escrito y anexos con que ejecute este acto deberán enviarse como mensaje de datos al correo institucional del Juzgado [j23cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j23cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co).

**NOTIFÍQUESE,**

**ROCÍO JOHANA BARRETO JURADO**  
**JUEZ**

**JUZGADO VEINTITRÉS CIVIL MUNICIPAL**  
**Bucaramanga**

La anterior providencia se notifica en el ESTADO (Electrónico) No. 077, y se fija a las 8:00 a.m. hoy 24 de agosto de 2021.

**MILDEY ROSSI RAMÍREZ ANGARITA**  
**Secretaria**

Firmado Por:

Rocio Johana Barreto Jurado

**Juez Municipal  
Civil 023  
Juzgado Municipal  
Santander - Bucaramanga**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **265de5b3862b84db2dcfa9158fed75eecd53944442389a74291c890755a7fb09**  
Documento generado en 23/08/2021 07:25:14 AM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**