



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR  
TRASLADO DE (RECURSO DE REPOSICION)  
(ART.108 C.P.C.)**

**SGC**

Cartagena, 21 de octubre de 2015

HORA: 8:00 A.M.

Magistrado Ponente: DRA. LIGI ARAMIREZ CASTAÑO  
Medio de control: EJECUTIVO  
Radicación: 13-001-23-31-000-2010-00294-00  
Demandante/Accionante: ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS  
Demandado/Accionado: CAPRECOM E.P.S.

EL ANTERIOR PROCESO SE FIJAN EN LISTA POR EL TERMINO LEGAL DE UN (1) DIA (ART 108 C. P. C.) HOY VEINTIUNO (21) DE OCTUBRE DE DOS MIL QUINCE (2015) Y SE DEJA EN TRASLADO A LA CONTRAPARTE POR (2) DIAS DEL MEMORIAL DE FECHA 19 DE OCTUBRE 2015 VISIBLE A FOLIO 398 AL 404 POR MEDIO DEL CUAL SE INTERPONE RECURSO DE REPOSICIÓN CONTRA EL PROVEIDO DE FECHA 9 DE OCTUBRE DE 2015.

EMPIEZA EL TRASLADO: JUEVES 22 DE OCTUBRE DE 2015 A LAS 8:00 A

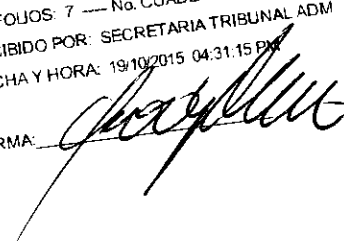
  
JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS  
SECRETARIO GENERAL

VENCE EL TRASLADO VIERNES 23 DE OCTUBRE 2015, A LAS 5:00 PM

JUAN CARLOS GALVIS BARRIOS  
SECRETARIO GENERAL

*Centro Avenida Venezuela, Calle 33 No. 8-25 Edificio Nacional-Primer Piso  
E-Mail: [stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
Teléfono: 6642718*

Señores:  
**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE**  
**Sala de Descongestión No. 002**  
**E.S.D.**

**SECRETARIA TRIBUNAL ADM**  
TIPO: RECURSO DE REPOSICION  
REMITENTE: ADOLFO VEGARA  
DESTINATARIO: LIGIA RAMIREZ C ASTAÑO  
CONSECUTIVO: 20151023289  
No. FOLIOS: 7 --- No. CUADERNOS: 0  
RECIBIDO POR: SECRETARIA TRIBUNAL ADM  
FECHA Y HORA: 19/10/2015 04:31:15 PM  
FIRMA: 

**M.P. Dra. LIGIA RAMIREZ CASTAI**

**CLASE DE ACCION: EJECUTIVO CONTRACTUAL**  
**DEMANDANTE : ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**  
**DEMANDADO : CAPRECOM EPS**  
**EXPEDIENTE : 13-001-23-31-000-2010-00294-00**

**ADOLFO HUMBERTO VERGARA MARTINEZ**, mayor, domiciliado y residente en ésta ciudad, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 158.146 identificado como aparece en mi firma, actuando como apoderado especial para este caso de la Empresa Social del Estado Hospital Local Cartagena de Indias, por este medio y siendo la oportunidad para ello me permito presentar ante Usted recurso de **REPOSICION** contra el **AUTO INTERLOCUTORIO No. 0497** de 2015 de fecha octubre 9 del 2015, por el cual se rechazó la objeción de la liquidación del crédito, se modificó de oficio, se aprobó liquidación de oficio y fueron fijadas agencias en derecho, recurso que busca que se modifique el acto impugnado y en su lugar se rehaga la liquidación corrigiendo el error, para lo cual entro a sustentar inmediatamente de la manera que sigue:

**1. La providencia no en la no observó el trámite indicado en la norma técnica.**

Para explicar este punto de inconformismo me baso en el escrito de objeción del apoderado de la entidad demandada, de manera especial en la liquidación infirmada que acompañó, la cual si no se tuvo en cuenta para tomar la decisión, sí por el contrario produjo su resultado cual fue

398

influir en la liquidación, puesto que si se analiza detenidamente, la EPS demandada trae a colación un estado de cuenta irregular y ficticio, a su acomodo me atrevo a decir, por que da de baja unas sumas de las facturas, a su decir, por concepto de glosas, es decir, tiene las sumas glosadas como abono, lo cual es irregular e ilegal, inclusive, es conato de fraude, por cuanto que la EPS trata de hacer caer a los magistrados en error, por la sencilla razón que las glosas sobre esas sumas ya fueron tenidas en cuenta, pues no se olvide el Despacho que el título tomado para el recaudo fue el acta de conciliación.

La conciliación realizada entre EPS y las IPS, es decir, entre aseguradores y prestadores del servicio es un documento que recoge las sumas finales o resultados finales que por voluntad de las partes se deben cancelar de manera definitiva, en cuyo contenido pueden darse injusticias, pues, por un lado se puede pagar un servicio realmente prestado pero indebidamente cobrado, de esa manera se concilia en porcentajes para cada parte, es casi un acuerdo en conciencia.

Pero se pueden dar situaciones en que las sumas de dinero finalmente se pierden porque el sistema perverso le permite a los aseguradores beneficiarse de un servicio efectivamente prestado, con inversión para poder cumplir, pero de difícil recaudo, precisamente por fallas del procedimiento de facturación.

No debe olvidarse que el concepto de glosas se origina del proceso de facturación, **no del proceso de pago.**

Por eso la norma técnica, es decir, la que no requiere de manejo profesional sino técnico por así decirlo el Sistema de Seguridad Social Integral regulado por la ley 100 de 1993, en cabeza del anterior Ministerio de la Protección Social, hoy de Salud, estipula unas oportunidades de facturación, y otras de sumas glosadas.

En éstas últimas se deben tener en cuenta de manera rigurosa los términos para glosar y los términos para sanearlas.

De todas maneras, la ley obliga al asegurador, a cancelar un porcentaje de las sumas glosadas, independientemente de que se contesten o no.

El otro porcentaje o saldo es el producto, ya sea de las glosas saneadas y victoriosas del prestador, o de los porcentajes conciliados.

En otras palabras, el acta de conciliación se nutre por una parte de las glosas contestadas pero no admitidas por el asegurador, o en su defecto y/o de manera conjunta de las que nunca fueron saneadas ni explicadas, entonces las partes llegan a un acuerdo por porcentajes.

En el caso concreto el acta de conciliación que no fue admitido ni validado por el Despacho por aspectos respetables de su formalidad, sí encierran una situación ya dilucidada entre las partes, cual es el tratamiento de glosas.

Por eso en este momento no se puede validar una nueva glosa, porque sería admitir un doble descuento, es decir, aquellos descuentos realizados para suscribir el acta de conciliación, y el que se realiza nuevamente por argumentos alegres de CAPRECOM.

El artículo 56 de la ley 1438 de 2011, para contradecir los intereses ordenados por el despacho en la providencia impugnada se transcribe así:

***“Artículo 56. Pagos a los prestadores de servicios de salud.*** Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.

*El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).*

*Se prohíbe el establecimiento de la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios o cualquier práctica tendiente a impedir la recepción.*

Las entidades a que se refiere este artículo, deberán establecer mecanismos que permitan la facturación en línea de los servicios de salud, de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social.

También se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud a través de correo certificado, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122 de 2007, sin perjuicio del cobro ejecutivo que podrán realizar los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud en caso de no cancelación de los recursos”.

Es necesario transcribir esta norma, porque el despacho ha decidido aplicar intereses del 12% anual a la liquidación, lo cual riñe con la norma transcrita, inclusive con el artículo 75 de la ley 80 de 1993, las cuales son normas especiales al caso.

Para la aplicación de la norma técnica se debe partir de lo ordenado en el artículo 57 de la misma ley se procede a transcribir:

**“Artículo 57. Trámite de glosas.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) 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 la normatividad vigente. 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, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

*Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.*

*El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago”.*

CAPRECOM no puede, nunca podría aspirar a aplicar el trámite de glosas en éste proceso por sencillas razones, siendo una de ellas de que en ningún momento demostró probatoriamente en éste proceso que haya actuado con diligencia para aplicar el trámite de glosas, porque si se puede observar, ni siquiera ha aportado las glosas y las causales de cada una como lo exige la norma técnica, sino que solamente aportó un estado de cuenta aduciendo las glosas a cargo de la demandante.

Por otro lado, la discusión de glosas no son de resorte del proceso ejecutivo, y menos en este caso en que en la oportunidad de excepciones nada aclaró al respecto.

Por eso, con temor a equivocarme, pienso que los descuentos igualmente son de oficio, porque si se tiene en cuenta que la objeción fue rechazada, sí se tomaron aspectos de su contenido.

Desde el momento de la presentación de liquidación del crédito, hasta el momento de expedición de esta providencia se debió incrementar la liquidación y en ningún caso disminuir, por que no se entiende, que las fechas de pago de facturas como las 4366 arroje diferencias alrededor de \$150.000.000, la 4324 de \$158.000.000, la 4116-4248 de 168.000.000. la 4367-4431-4652 con diferencia alrededor de \$359.000.000, son situaciones que no se entienden, por que se encuentra acreditado en el proceso que CAPRECOM EPS realizó los pagos en una oportunidad posterior a la presentación de la demanda, luego entonces la imputación del pago se debía hacer obligatoriamente, empezando solo por los intereses, aclarando que estos intereses son los que dice la ley 1448 de 2011 y 80 de 1993 y no el 12% anual como se ha señalado.

Los artículos 23 y 24 del decreto 4747 de 2007 regulan en concreto el trámite de glosas que señala el artículo 57 de la ley 1448 de 2011, cuando dice:

**“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 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”.*

En lo no regulado en estas normas se atenderá en lo sucesivo a lo indicado en el Decreto 347 de 2013, aclarando que el trámite de glosas del decreto 4747 de 2007 conserva su validez, y a él se tiene el trámite actual de glosas en servicios de salud.

Desde luego que el proceso ejecutivo versó sobre situaciones diferentes a discusión de las glosas propuestas por CAPRECOM EPS, pero es de resorte del recurso entrar a dilucidar los descuentos realizados por CAPRECOM y tenidos en cuenta por el Despacho, pues al no haber aportado CAPRECOM EPS los comprobantes de pago en su totalidad y al examinar sus estados de cuentas, se puede observar que dicha entidad está dando de baja unas sumas de dinero por concepto de glosas, las cuales no deben ser tenidas en cuenta al momento de liquidar el crédito, por las razones antes expuestas.

**2. La providencia rechazó la objeción, pero se apoyó en su contenido.**

Ya habíamos sostenido que muy a pesar de que la providencia impugnada rechazó la objeción de la liquidación del crédito, ante la falta de firma de la mencionada liquidación, sí tuvo en cuenta los estados de cuenta planteados por dicha entidad, traídos a colación en la objeción, pero no se hicieron valer con los medios apropiados.

Por estas razones le pido al Despacho muy respetuosamente que revoque la providencia impugnada, en su lugar que apruebe la liquidación del crédito presentada por el suscrito en su oportunidad.

Atentamente,

  
**ADOLFO HUMBERTO VERGARA MARTINEZ**

C.C. No. 7.412.421 de Cartagena  
T.P. No. 158.146 del C.S. de la J.