

**JUZGADO ONCE MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS
LABORALES DE BOGOTÁ D.C.**



ACCIÓN DE TUTELA

RADICADO: 11001 41 05 011 2020 00417 00
ACCIONANTE: ASDRUBAL OVIDIO SALAZAR
ACCIONADO: SANITAS EPS

VINCULADAS: CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100-SANITAS E.P.S., ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL – ADRES, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN, y DROGUERÍAS CRUZ VERDE.

S E N T E N C I A

En Bogotá D.C., a los nueve (09) días de mes de noviembre de dos mil veinte (2020) procede este Despacho judicial a decidir la Acción de Tutela instaurada por **ASDRUBAL OVIDIO SALAZAR** en contra de **SANITAS EPS** en los términos y para los fines concebidos en el escrito de solicitud de amparo constitucional obrante a folios 2 a 28 del expediente de tutela.

ANTECEDENTES

ASDRUBAL OVIDIO SALAZAR, quien actúa en nombre propio, promovió acción de tutela en contra de **SANITAS EPS**, con la finalidad de que se garanticen los derechos fundamentales a la salud, la vida y la dignidad humana, presuntamente vulnerados por la entidad convocada. Solicita que se ordene a la accionada, que emita autorización para la entrega de una silla de ruedas con las condiciones específicas establecidas en junta medica del **15 de septiembre de la presente anualidad**

como fundamento de su solicitud de amparo informó:

- que se encuentra afiliado a SANITAS EPS en calidad de beneficiario de su conyuge y que cuenta con 50 años de edad por lo que presenta diagnóstico de TRAUMA RAQUIMEDULAR, PARAPLEJIA, ESCOLIOSIS, SINDROME DE MANGUITO ROTAOR Y OTROS, de tal manera que al desplazarse le es necesario el uso de silla de ruedas; razon por la cual se encuentra en tratamientos medicos y rehabilitacion terapeutica, sin que a la fecha haya logrado mejoría en su salud.

- Por su condición de salud fue ordenado por su médico tratante el suministro de silla de ruedas **"A LA MEDIDA DEL PACIENTE, MARCO RÍGIDO, ESPALDAR CON TORNEADO PROFUNDO, A NIVEL DE ANGULO SUBESCAPULAR, ABATIBLE, MANILLARES DE PROPULSIÓN RUEDAS TRASERAS NEUMÁTICAS DE 24 PULGADAS DE DESMONTAJE RÁPIDO CON ARO PROPULSOR ANODIZADO. LLANTAS DELANTERAS DE 6* 11/2 PULGADAS MACIZAS, PROTECTORES LATERALES DE ROPA, APOYA PIES UNIPODAL EN U. CINTURÓN PELVICO A 45º GRADOS, FRENOS TIPO PALANCA. NÚMERO 1 UNO.**
- Que solicitó la autorización del anterior suministro ante la encartada, no obstante la misma negó la autorización bajo el fundamento de no encontrarse contemplada en el Plan de Beneficios en Salud, por lo que hasta la fecha no se le ha dado una solución frente al suministro que requiere.
- Afirma que, SANITAS EPS, se niega al cubrimiento del 100% del suministro, pese a que no cuenta con los recursos económicos para cancelar el servicio requerido, cuenta con 50 años de edad y devenga un salario mínimo, con el cual debe suplir sus gastos de alimentación, servicios públicos, vestuario, traslado y transporte a citas médicas.

Por tanto solicita el amparo de sus derechos fundamentales y en consecuencia se ordene a la pasiva suministre (i) **"SILLA DE RUEDAS A LA MEDIDA DEL PACIENTE, MARCO RÍGIDO, ESPALDAR CON TORNEADO PROFUNDO, A NIVEL DE ANGULO SUBESCAPULAR, ABATIBLE, MANILLARES DE PROPULSIÓN RUEDAS TRASERAS NEUMÁTICAS DE 24 PULGADAS DE DESMONTAJE RÁPIDO CON ARO PROPULSOR ANODIZADO. LLANTAS DELANTERAS DE 6* 11/2 PULGADAS MACIZAS, PROTECTORES LATERALES DE ROPA, APOYA PIES UNIPOLAR EN U. CINTURÓN PÉLVICO A 45º GRADOS, FRENOS TIPO PALANCA. NUMERO 1 UNO,** (ii) demás ordenes médicas (iii) demás aditamentos, insumos, medicamentos, tratamiento de rehabilitación terapéutica (iv) todos los servicios necesarios para llevar una vida en condiciones dignas. (v) exoneración de copagos o cuota moderadora de forma indefinida, y (vi) tratamiento integral.

CONTESTACIÓN DE LA ACCIÓN DE TUTELA

Una vez realizadas las notificaciones a las entidades y corrido el traslado correspondiente, procedieron a contestar de la siguiente manera:

- **SANITAS EPS (fl. 70 a 111)**, señala que el actor se encuentra afiliado a la EPS en calidad de beneficiario y presenta diagnóstico de OTROS TRAUMATISMOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DE LA MEDULA ESPINAL TORACICA, SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO, ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA, PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA, razón por la cual le fue prescrita silla de ruedas, no obstante, la misma no hace parte de los

contenidos en el Plan de Beneficios en Salud y no puede ser suministrada con cargo a la UPC, tampoco puede solicitarse a través del aplicativo MIPRES y según concepto del Ministerio de Salud la silla de ruedas no corresponde a un servicio en salud y deben ser suministrada por el ente territorial. Aclara también que el para suministro de la silla de ruedas se debe adelantarse un trámite de importación de 90 días aproximadamente por lo que solicita se tenga en cuenta el mismo así como el procedimiento correspondiente para tal efecto.

conforme lo expuesto solicitó la vinculación de la DIAN a fin de que determinada el plazo de importación y tenga en cuenta la aprobación del suministro para la correspondiente satisfacción al paciente. también de la Secretaría Distrital de Salud por cuanto afirma corresponde a esta las ayudas técnicas y debe pronunciarse sobre su cobertura.

finalmente se opuso a la exoneración de copagos así como al trámite integral solicitado; conforme lo expuesto solicita que se declare que la EPS no ha vulnerado los derechos fundamentales de la activa y en caso de accederse a lo pretendido por esta, se ordene a la ADRES reintegrar el 100% de los costos de los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el PBS.

- **CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100-SANITAS** notificado de la presente guardó silencio.
- **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL – ADRES (fls. 45 a 69)**, aduce falta de legitimación en la causa por pasiva, informa que las ordenes constitucionales no pueden omitir el trámite administrativo de recobro con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. recuerda que la EPS tiene la obligación de garantizar la prestación oportuna del servicio de salud de a sus afiliados, para lo cual pueden conformar libremente su red de prestadores, por lo que en ningún caso pueden dejar de garantizar la atención de sus afiliados, ni retrasarla de tal forma que pongan en riesgo su vida o su salud con fundamento en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

El procedimiento de recobro es un trámite administrativo reglado que no ha sido agotado, por cuanto solicita sea negado el amparo constitucional deprecado en lo que tiene que ver con la entidad, toda vez que esta no ha desplegado conductas que vulneren los derechos fundamentales de la activa.

la falta de autorización de la EPS de la silla de ruedas que este requiere, se consultó las tablas de referencia MIPRES (<https://tablas.sispro.gov.co/TestMiPresNopbs/ModTest/Mipres.aspx>) encontrando el siguiente código:

TABLA CIE10

SILLA DE RUEDA Buscar

Código	Descripción
W050	Caida que implica silla de ruedas, vivienda
W051	Caida que implica silla de ruedas, institucion residencial
W052	Caida que implica silla de ruedas, escuelas, otras instituciones y areas administrativas publicas
W053	Caida que implica silla de ruedas, areas de deporte y atletismo
W054	Caida que implica silla de ruedas, calles y carreteras
W055	Caida que implica silla de ruedas, comercio y area de servicios
W056	Caida que implica silla de ruedas, area industrial y de la construccion
W057	Caida que implica silla de ruedas, granja
W058	Caida que implica silla de ruedas, otro lugar especificado
W059	Caida que implica silla de ruedas, lugar no especificado
Z950	Dependencia de silla de ruedas

Adicionalmente el parágrafo 2 del artículo 60 de la Resolución 3512 de 2019, hace referencia a que las sillas de ruedas no se encuentran financiadas con recursos de la UPC, pero a pesar de ello, dicha ayuda médica se encuentra dentro del presupuesto máximo reconocido a la EPS, por lo que ADRES no tiene incidencia alguna en la financiación o reconocimiento de esta.

- **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (fls. 38 a 44)** a través de su directora jurídica afirmó existe falta de letigimacion en la causa por pasiva por cuanto esta entidad no ha vulnerado derechos fundamentales al accionante y en ningun caso es el responsable directo de la prestacion de los servicios de salud, que la garantia del derecho fundamental de salud corresponde exclusivamente a la eps, no obstnate frente a las pretensioe del gestor aduce:

Frente a la **silla de ruedas**: estas son ayudas técnicas para la movilidad y como tal no corresponden al ámbito de la salud, adicionalmente, es importante señalar que en el parágrafo del artículo 9 de la Ley 1751 de 2015, se definen como determinantes sociales de salud aquellos factores que se fijan con la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud teniendo en cuenta que éstas se encuentran descritas en las políticas de inclusión y rehabilitación de personas en condición de discapacidad, las mismas serán reconocidas y financiadas por fuentes de recursos diferentes a los asignados al SGSSS y a cargo de la ente territorial correspondiente.

Respecto a los **Copagos o cuotas Moderadoras**: su objeto de **racionalizar** la utilización de los servicios de salud y contribuir a la **financiación del servicio** en tanto que tienen la **finalidad ayudar a financiar el sistema de salud**.

Frente al **tratamiento integral**: la pretensión es **vaga y genérica**, por lo que es necesario que el paciente o su médico tratante precise cuáles son los medicamentos y procedimientos requeridos, no obstante advierte que el fallo de tutela no puede ir más allá de la amenaza o vulneración de los derechos y pretender protegerlos a futuro, pues al hacerlo desbordaría su alcance y además se incurriría en el error de otorgar servicios y tecnologías que sin el concepto medico de por medio, su pertinencia frente al paciente es incierta, ya que los tratamientos o determinados servicios son pertinentes para ciertos pacientes, dependiendo de sus patologías y condi- ciones

específicas y solo el médico o el profesional de la salud; finalmente solicita su exoneración.

Conforme la respuesta allegada por **SANITAS EPS** se ordenó mediante Auto del 29 de octubre de 2020 la vinculación de **SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN, Y DROGUERÍAS CRUZ VERDE**, entidades que se pronunciaron de la siguiente manera:

- **ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ (fls.124 a 184)** manifestó que conforme el Decreto 323 de 016 modificado por el Decreto 798 de 019 la solicitud fue trasladada a la Secretaría Distrital De Salud por ser de su competencia.
- **SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD (fls.185 a 192)** señaló que la entidad no tiene conocimiento algunos de los hechos narrados dentro de la acción en consecuencia se opone a las pretensiones incoadas habida cuenta que no es la entidad que debe responder. indica también que conforme la Circular externa No.0035 del 2018 corresponde a la EPS asumir la obligación de la prestación en salud y reitera que como ente territorial no tiene a su cargo la prestación de los servicios en salud por prohibición expresa artículo 31 de Ley 1122 de 2007 por lo que existe falta de legitimación en la causa por pasiva y en consecuencia solicita su exoneración.
- **DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN (fls.193 a 197)** señala que con relación a la solicitud de vinculación realizada por **SANITAS EPS** la misma tiene la información clara y precisa sobre cualquier tipo de mercancías, así como el procedimiento para el caso, por tanto solicita ser desvinculada por falta de legitimación en la causa por pasiva.
- **DROGUERÍAS CRUZ VERDE (fls.198 a 273)** Sostiene que Cruz Verde no interviene en la relación entre afiliado y EPS y por tanto le corresponde vender los medicamentos e insumos médicos que la EPS solicita y entregarlos a quien indique y autorice, que hasta la fecha no existe autorización de suministro de silla de ruedas por lo que no se puede endilgar responsabilidad alguna a la entidad. por tanto se opone a la prosperidad de las pretensiones y solicita su desvinculación por falta de legitimación en la causa por pasiva.

No obstante lo anterior aclara que la entrega de este dispositivo no se puede adelantar en un plazo perentorio, y el tiempo estimado por el proveedor para la entrega es mínimo de CUARENTA Y CINCO (45) días hábiles según las condiciones de oferta que en su oportunidad emita el fabricante o el importador autorizado, contados a partir de la orden de compra, a lo que se debe sumar el tiempo de consecución de propuestas de proveedores- por lo que nos encontramos frente a un caso complejo- .

CONSIDERACIONES

Conforme al Artículo 86 de la Constitución Política, encontramos que la acción de tutela es un instrumento judicial de carácter constitucional, subsidiario, residual y autónomo, dirigido a facilitar y permitir el control de los actos u omisiones de todas las autoridades públicas y excepcionalmente de los particulares cuando estos vulneren derechos fundamentales.

Esta acción constitucional puede ser interpuesta por cualquier persona que se encuentre en estado de subordinación o indefensión, a fin de obtener la pronta y efectiva defensa de los derechos fundamentales cuando ello resulte urgente para evitar un perjuicio irremediable, o cuando no exista otro medio de defensa judicial.

Respecto a lo anterior, en desarrollo de los postulados constitucionales establecidos en los artículos 48 y 49 de la Carta Política, los cuales plasman el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social respectivamente, el legislador, dio origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993), dentro del cual se adoptaron dos clases de sub regímenes, el contributivo y el subsidiado.

El primero, pertenece la población con capacidad de pago o contributiva. El segundo, tiene como objetivo financiar la atención en salud de las personas que no tienen la capacidad de cotizar, cuya vinculación al sistema se realiza a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de la solidaridad de que trata la Ley 100 de 1993.

Por su parte se tiene que la Ley Estatutaria de Salud 1751 del 16 de febrero de 2015 cuando indica en el Art. 15, cuales son las prestaciones de salud a que tiene derecho un afiliado al sistema, de manera textual estableció:

"Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;*
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;*
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;*
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.*

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que

serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad."

Así las cosas, encuentra el Despacho que los derechos fundamentales presuntamente vulnerados son de rango fundamental y por ende la acción de tutela es procedente para efectos de resolver la controversia que se presenta, que no es otra, que la entrega de una silla de ruedas ordenada por los especialistas de la Junta Médica que estudiaron el caso de la gestora, y que a la fecha de la presentación de la acción no ha sido entregada.

PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA SALUD EXCLUIDOS DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD

Teniendo en cuenta la manifestación de la parte activa, respecto del argumento de negación por parte de la EPS para otorgar la silla de ruedas de la accionante, debe señalar este Despacho que la H. Corte Constitucional ya ha señalado criterios para la procedencia en la entrega de dichos medicamentos y tratamientos.

"20. En relación con el suministro de elementos, intervenciones e insumos no incluidos en el POS, esta Corporación ha precisado[45] que el derecho a la salud, por su complejidad, suele estar sujeto a restricciones presupuestales y a una serie de actuaciones y exigencias institucionales que tienen que ver con la diversidad de obligaciones a las que da lugar, y a la magnitud y multiplicidad de acciones y omisiones que exige del Estado y de la sociedad. No obstante, la escasez de recursos disponibles o la complejidad de las gestiones administrativas asociadas al volumen de atención del sistema no justifican la creación de barreras administrativas que obstaculicen la implementación de medidas aseguren la prestación continua y efectiva de los servicios asistenciales que requiere la población.

21. Así, el efecto real de tales restricciones se traduce en la necesidad de que los recursos del sistema de seguridad social se destinen a la satisfacción de los asuntos que resultan prioritarios, bajo el entendido de que progresivamente las personas deben disfrutar del nivel más alto posible de atención integral en salud. Bajo este supuesto, la Corte ha admitido que el POS esté delimitado por las prioridades fijadas por los órganos competentes y así ha negado tutelas, que pretenden el reconocimiento de un servicio excluido del POS, en la medida que dicha exclusión no atente contra los derechos fundamentales del interesado.

22. Con todo, las autoridades judiciales constantemente enfrentan el reto de resolver peticiones relativas a la autorización de un medicamento, tratamiento o procedimiento excluido del POS. Este desafío consiste en determinar cuáles de esos reclamos ameritan la intervención del juez constitucional, es decir, en qué casos la entrega de un medicamento que está por fuera del plan de cubrimiento, y cuyo reconocimiento afecta el principio de estabilidad financiera del sistema de salud, es imperiosa a la luz de los principios de eficacia, universalidad e integralidad del derecho a la salud.

*Por lo anterior, como lo resaltó la **sentencia T-017 de 2013**[46], de lo que se trata es de determinar en qué condiciones la negativa a suministrar una prestación por fuera del POS afecta de manera decisiva el derecho a la salud de una persona, en sus dimensiones físicas, mentales o afectivas.*

23. Para facilitar la labor de los jueces, la **sentencia T-760 de 2008**[47], resumió las reglas específicas que deben ser contrastadas y verificadas en aras de asegurar que la sostenibilidad del sistema de salud se armonice con las obligaciones que están en cabeza del Estado en su condición de garante del goce efectivo del derecho a la salud. Dicha sentencia concluyó que debe ordenarse la provisión de medicamentos, procedimientos y elementos que estén excluidos del POS a fin de proteger los derechos fundamentales de los afectados, cuando concurren las siguientes condiciones:

"(i) que la falta del servicio o medicina solicitada ponga en riesgo los derechos a la vida e integridad del paciente. Bien sea, porque amenaza su supervivencia o afecta su dignidad; (ii) que el servicio o medicina no pueda ser sustituido por otro que sí está incluido dentro del POS bajo las mismas condiciones de calidad y efectividad; (iii) que el servicio o medicina haya sido ordenado por un médico adscrito a la EPS en la que está inscrito el paciente; y, (iv) que la capacidad económica del paciente, le impida pagar por el servicio o medicina solicitado".

Ahora bien, vale la pena traer a colación la novedad en el Sistema General de Salud del **aplicativo MIPRES** reglamentado a través de las **resoluciones 1328, 2158 y 3951 de 2016** expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, debe indicar este Despacho, que en efecto y luego del estudio detallado de este aplicativo y sus normativas, se encontró que la **resolución 3951 de 2016** "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones" fue modificada en algunos de sus artículos por las **resoluciones 5884 de 2016 y 532 de 2017**.

Es así como la ley estatutaria en salud, estableció por obvias razones, que el garante y salvaguarda de la garantía, dirección, supervisión, regulación y seguridad de la prestación del derecho a la salud como servicio público esencial, estaría a cargo del Estado a través de sus entidades, quien tendría bajo su responsabilidad la adopción de políticas que aseguraran la oportunidad, igualdad y acceso sin dilaciones de carácter administrativo y de cualquier otra índole a la población en general.

Que por lo antes señalado, se empezó a diseñar a través de Ministerio de salud y protección social, una política que incluyera un sistema único de información en salud, que integrará "los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros", aunado a las exhortaciones impartidas por nuestro órgano de cierre constitucional en Sentencia **T-760 de 2008** en donde ordenó crear medidas urgentes necesarias e impostergables en el direccionamiento interno que deberían adoptar conocer e implementar los médicos tratantes en las EPS para autorizar directamente sin trámites administrativos incensarios a cargo de los usuarios del sistema de salud, los servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud (hoy plan de beneficios en salud), con el objetivo primordial de garantizar el acceso efectivo al sistema a todos los usuarios y pacientes de la población nacional, bajo los parámetros y observancia de estándares óptimos de calidad, continuidad de los procesos y atención eficiente a los usuarios.

Así entonces, nace la **resolución 1328 de 2016** "*Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC*", modificada por las **resoluciones 2158, 5884 y 3951** de la misma anualidad y esta última a su vez modificada por la reciente **resolución 532 del 28 de febrero de 2017**.

En resumen el objetivo principal y su ámbito de aplicación tal y como lo señala en sus **artículos 1º y 2º la resolución 3951 de 2016** es:

"Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación — UPC; fijar los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros/cobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA o quien haga sus veces y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro, cuando a ello hubiere lugar y 3 I AGO 2016 RESOLUCIÓN NÚMEF03)395 IDE 2016 HOJA No 4 Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones" dictar disposiciones relacionadas con las correspondientes acciones de control y seguimiento..."

"Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Entidades Obligadas a SANITAS (EOC), a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a los profesionales de la salud y demás Entidades Recobrantes que suministren a sus afiliados servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y que deban recobrarlos al FOSYGA o a quien haga sus veces (...)"

Respecto de los artículos antes transcritos, debe el Despacho advertir que si bien el tema objeto de análisis es el sistema y aplicativo **MIPRES** y sus novedades en el sistema General de seguridad social en salud, también hay que señalar que otra de las novedades establecidas en nuestro ordenamiento normativo y jurídico, está dado por el **decreto 1429 de 2016** modificado por la **resolución 546 del 30 de marzo de 2017** que modificó el antiguo denominado "FOSYGA" por el hoy vigente "ADRES". Así las cosas nos permitiremos transcribir la parte considerativa del citado decreto como un aspecto meramente informativo, teniendo en cuenta que en el momento de la expedición y reglamentación del MIPRES, no se había creado la estructura de la administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social ADRES, que reemplaza y administra en la actualidad entre otras cosas, al anterior Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA.

El citado decreto indicó:

"Que el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) - ADRES, como una Entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y

Garantía (FOSYGA), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP). Que de acuerdo con el inciso final y el párrafo primero del mencionado artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, para el cumplimiento del objeto y funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, se requiere determinar su estructura interna y el régimen de transición respecto del inicio de sus funciones...”

Para efectos del caso objeto de estudio resulta preciso ahondar sobre los principios de continuidad, oportunidad e integralidad de la siguiente manera:

*El principio de **continuidad** en el servicio implica que la atención en salud no podrá ser suspendida al paciente, cuando se invocan exclusivamente razones de carácter administrativo. Precisamente, la Corte ha sostenido que "una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente"¹. La importancia de este principio radica, primordialmente, en que permite amparar el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos, lo que se ajusta al criterio de integralidad en la prestación².*

*Por su parte, el principio de **oportunidad** se refiere a "que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para recuperar su salud, sin sufrir mayores dolores y deterioros. Esta característica incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen exacto de la enfermedad que padece el usuario, de manera que se brinde el tratamiento adecuado"³. Este principio implica que el paciente debe recibir los medicamentos o cualquier otro servicio médico que requiera a tiempo y en las condiciones que defina el médico tratante, a fin de garantizar la efectividad de los procedimientos médicos⁴.*

*Finalmente, la Ley Estatutaria de Salud, en el artículo 8, se ocupa de manera individual del principio de **integralidad**, cuya garantía también se orienta a asegurar la efectiva prestación del servicio⁵ e implica que el sistema debe brindar condiciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y todo aquello necesario para que el individuo goce del nivel más alto de salud o al menos, padezca el menor sufrimiento posible. En virtud de este principio, se entiende que toda persona tiene el derecho a que se garantice su integridad física y mental en todas las facetas, esto es, antes, durante y después de presentar la enfermedad o patología que lo afecta, de manera integral y sin fragmentaciones⁶.*

De esta manera, en consonancia con este principio, sobre las empresas promotoras de salud recae la obligación de no entorpecer los requerimientos médicos con procesos y trámites administrativos que resulten impidiendo a los usuarios el acceso a los medios necesarios para garantizar el derecho a la salud.

¹ Sentencias T-234 de 2013 y T-121 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

² Véanse, entre otras, las Sentencias T-586 de 2008, T-234 de 2013, T-121 de 2015, T-016 de 2017 y T-448 de 2017.

³ Sentencia T-460 de 2012, reiterada en la Sentencia T-433 de 2014.

⁴ Sentencia T-121 de 2015, MP. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

⁵ El artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 establece lo siguiente: "**La integralidad.** Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. // En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada".

⁶ Sentencia T-121 de 2015, MP. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

Con todo, es necesario advertir que el concepto de integralidad "no implica que la atención médica opere de manera absoluta e ilimitada, sino que la misma se encuentra condicionada a lo que establezca el diagnóstico médico", razón por la cual, el juez constitucional tiene que valorar -en cada caso concreto- la existencia de dicho diagnóstico, para ordenar, cuando sea del caso, un tratamiento integral⁷.

DEL SUMINISTRO DE SILLAS DE RUEDAS

*El artículo 59 de la **Resolución 5857 de 2018**, que actualizó el Plan de Beneficios en Salud, estableció cuáles serían las ayudas técnicas que se suministrarían con cargo a la UPC y, en el párrafo 2º, dispuso que no se financiarían con recursos de la UPC "sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos".*

*La Corte Constitucional en la Sentencia **T-464 de 2018**, señaló que la anterior disposición no debe interpretarse en el sentido de que las sillas de ruedas sean ayudas técnicas excluidas del PBS. Por el contrario, ni la Resolución 5267 de 2017 ni la Resolución 244 de 2019 contemplaron a las sillas de ruedas dentro del listado de servicios excluidos y en consecuencia, se trata de ayudas técnicas incluidas en el PBS, pero cuyo financiamiento no proviene de la unidad de pago por capitación.*

*Bajo ese entendido, la Sala Segunda de la Corte Constitucional se distanció de la posición adoptada por la Sala Séptima en la Sentencia **T-171 de 2018**, en la que interpretó -en obiter dicta- dicha disposición como una exclusión del Plan de Beneficios en Salud.*

La Corte consideró, que lo dispuesto por el artículo 59 de la Resolución 5269 de 2017 (actualizada por la Resolución 5857 de 2018) se trata de una no inclusión, mas no de una exclusión de las sillas de ruedas del PBS. Esto, ya que, como la misma Sala Séptima de Revisión reconoció en la mencionada decisión, las exclusiones al Plan de Beneficios en Salud deben ser el resultado de un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, el cual, actualmente, se encuentra regulado por la Resolución 330 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social⁸. Así, hasta la fecha, las únicas exclusiones que han sido el resultado de dicho proceso se encuentran plasmadas en las Resoluciones 5267 de 2017 y 244 de 2019.

En este sentido, de acuerdo con las reglas decantadas por la jurisprudencia constitucional para los insumos y servicios incluidos en el PBS, las sillas de ruedas deben ser suministradas por las EPS cuando hayan sido ordenadas por un médico adscrito a la EPS¹⁰.

CASO EN CONCRETO:

Con el fin de desatar la solicitud de amparo constitucional y de desplegar un pronunciamiento de fondo, es necesario señalar como primera medida que lo pretendido por la gestor es que sea entregada una silla de ruedas con las especificaciones otorgadas por la Junta de Médicos de la pasiva.

⁷ Sentencia T-036 de 2017, M.P. Alejandro Linares Cantillo.

⁸ Sentencia T-092 de 2018, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

⁹ Sentencia T-171 de 2018.

¹⁰ Sentencia T-464 de 2018.

Así las cosas, encuentra el Despacho que la activa probó la existencia de la patología que la aqueja, tal como se desprende de la documental obrante a **folios 22 a 27** del plenario, así como también la autorización esgrimida por la Junta Médica (**fl. 22**); de fecha 15 de septiembre de 2020, en la que se indicó:

"silla de ruedas liviana a medida del paciente , marco rígido espaldar contorneado profundo, a nivel de ángulo subescapular, abatible, manillares de propulsión, ruedas traseras neumáticas de 34 pulgadas de desmonte rápido con aro propulsor anodizado. Llantas delanteras de 6 11/2 pulgadas macizas, protectores laterales de ropa, apoya pies unipodal en U. Cinturón pélvico a 45 grados Frenos tipo palanca. numero 1 uno "*

Así las cosas, se evidencia que la *silla de ruedas* fue ordenada dentro del tratamiento médico adelantado al accionante; por lo que no se puede alegar por parte de **SANITAS EPS**, que dicho elemento no se encuentra incluido dentro del Plan de Beneficios de Salud como excusa para no entregarlo.

Como se mencionó en el acápite normativo de esta providencia, las sillas de ruedas son ayudas técnicas que están incluidas en el PBS, pero que, por expresa disposición de la Resolución 5857 de 2018, no pueden ser financiadas con cargo a la UPC, razón por la cual corresponde al juez constitucional verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos para determinar si procede su autorización:

- i. La falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida o a la integridad personal de quien lo requiere;* En el caso concreto, y de acuerdo con la certificación médica emitida por junta medica de la EPS SANITAS está demostrado que el actor padece de ,*"secuelas de trauma raquimedular T8 ASIA A 1981, paraplegia flácida, nefrectomía dorsolumbar, síndrome de manguito rotaodr, vejiga/intestino neurogenico y dislipidemia"* (fl.26), - conserva independencia funcional **modificada**- por lo tanto, contar con una silla de ruedas le permitirá no solo una mayor independencia sino una mayor movilidad.
- ii. El servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el Plan de Beneficios en Salud:* Dada la condición de salud que aqueja al actor no existe otra ayuda técnica que reemplace la silla de ruedas, situación que no fue indicada en junta medica.
- iii. Ni el interesado ni su núcleo familiar pueden costear las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada a cobrar y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie:* En relación con la capacidad económica de los accionantes, la Corte Constitucional ha señalado respecto de quienes pertenecen al régimen contributivo, que el ingreso mensual base de cotización constituye un criterio objetivo para determinar la capacidad de pago del servicio o de la tecnología complementaria. En estos casos, dicho ingreso base de cotización se deberá

contrastar con el costo de la prestación requerida y con el número de personas que derivan su sustento de dicho ingreso¹¹.

En el caso concreto, el señor ASDRÚBAL SALAZAR CAMARGO ha manifestado contar con salario mínimo con el cual debe solventar sus gastos mínimos aunado ello consultado su puntaje en SISBEN se evidencia que el mismo es puntaje 48.06 el cual demuestra que no es totalmente capaz económicamente de sufragar el suministro ordenado por sus médicos tratantes; a demás no ha de perderse de vista que actúa en calidad de beneficiario, cuenta con 50 años de edad situación que no ha sido controvertida por la llamada a juicio para que este Despacho pueda dudar de su veracidad.

iv. *El servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien lo solicita, o se puede deducir razonablemente que la persona requiere dicho servicio:* En este caso, se advierte que, según la historia clínica aportada al expediente, el día 15 de septiembre de 2020 , le fue ordenada la silla de ruedas por el médico tratante del actor.

Valga señalar, que el Despacho no acoge el argumento alegado por la E.P.S. respecto de la imposibilidad de diligenciar el formato MIPRES, toda vez que la Resolución 1885 de 2018¹², en su artículo 30 señala: "**Parágrafo 1º.** En ningún caso la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, podrá significar una barrera de acceso a los usuarios, bien sea por el diligenciamiento de la herramienta tecnológica o por la prescripción realizada mediante el formulario de contingencia que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin."

Así las cosas, y habiéndose verificado el cumplimiento de los requisitos jurisprudenciales para acceder al reconocimiento del servicio de salud petitionado, se concederá el amparo del Derecho Fundamental a la Salud y se ordenará a la E.P.S que, en el término de 48 horas siguientes a la notificación del fallo, autorice la silla de ruedas, suministro que no podrá tardar mas allá de 90 días calendario, por parte de **Droguerías Cruz verde**, ello atendiendo la respuesta allegada por SANITAS en la que indica es el prestador asignado para tal evento. frente al recobro solicitado este debe ser adelantado por la E.P.S conforme el procedimiento dispuesto por la Resolución 1885 de 2018 para ordenar su recobro a la ADRES, lo anterior guarda sustento en la **sentencia T-760 de 2000**,

"(...) como condición para reconocer el derecho al recobro de los costos que la entidad no estaba legal ni reglamentariamente obligada a asumir. Bastará con que en efecto se constate que la EPS no se encuentra legal ni reglamentariamente obligada a asumirlo de acuerdo con el ámbito del correspondiente plan de beneficios financiado por la UPC".

Ahora bien, en lo atinente a la solicitud del actor de que se le exima del copago o cuotas moderadoras que se generen durante su tratamiento, se debe resaltar que el numeral G del artículo 14 de la ley 1122 de 2007, es claro en señalar que únicamente se exonerará del cobro de copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Régimen

¹¹ Ver, entre otras, las sentencias T-096 de 2016. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva y T-552 de 2017. M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

¹² "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones".

Subsidiado en Salud que se encuentren clasificados en el nivel I del Sisbén; lo cual no sucede en el presente caso toda vez que la accionante pertenece al régimen contributivo y en todo caso su nivel de sisben sobrepasa el I

Tampoco advierte el Depacho prueba suficiente de la cual se pueda colegir que el accionante se encuentra en un estado de vulnerabilidad económica que no le permite realizar el pago de las cuotas moderadoras exigidas, contrario ello afirma devengar un salario mínimo, además no se evidencian cobros que el mismo no pueda costear, por lo que no ordenar el pago mínimo se torna totalmente improcedente razón por la cual, esta operadora judicial, no se acogerá a lo pretendido respecto de la exoneración de copagos. Se recuerda a la activa que la carga mínima exigida es la de probar, si quiera de manera sumaria, que se encuentra en una situación de vulnerabilidad económica.

Ahora bien, frente a la solicitud de tratamiento integral es importante traer a colación lo pronunciado por la H. Corte Constitucional, en sentencia T – 178 de 2017, en la cual previo los casos en los cuales se hace procedente, en los siguientes términos:

6. Principio de integralidad predicable del derecho a la salud. Casos en los que procede la orden de tratamiento integral

Luego, es posible solicitar por medio de la acción de tutela el tratamiento integral, debido a que con ello se pretende garantizar la atención en conjunto de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes, que han sido previamente determinadas por su médico tratante. Cuando la atención integral es solicitada mediante una acción de tutela el juez constitucional debe tener en cuenta que esta procede en la medida en que concurran los siguientes supuestos:

(i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable.

6.2. Con todo, se torna preciso aclarar que este Tribunal ha identificado una serie de casos en los que se hace necesario otorgar una atención integral al paciente, independientemente de que el conjunto de prestaciones pretendidas se encuentren dentro de la cobertura del PBS-, cuales son aquellos en los que están involucrados sujetos de especial protección constitucional, vale decir, los que guardan relación con, entre otros, menores de edad, adultos mayores, desplazados, personas con discapacidad física, o que padezcan de enfermedades catastróficas.

Finalmente, debe destacarse que la protección deprecada ha ampliado su cobertura, en tanto que en la actualidad también se ha reconocido la existencia de otros casos excepcionales en los cuales cuando las personas exhiben condiciones de salud extremadamente precarias e indignas, le es permitido al juez de tutela otorgar el reconocimiento de las prestaciones requeridas para garantizar su atención integral, con el fin de superar las situaciones límites que los agobian.

En efecto, en el artículo 10º de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, se definen los derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Específicamente, su literal q establece que las personas tienen el derecho a "agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad". Al respecto, en el control previo de constitucionalidad al

proyecto de ley estatutaria, esta Corporación reiteró que la efectividad del servicio, tecnología, suministro etc., depende del paciente y su entorno; encontrando exequible, la inclusión del principio de integralidad (artículo 8º) en la referida ley estatutaria, al resultar importante para la realización efectiva del derecho al servicio a la salud, consagrado en los artículos 2 y 49 de la Carta”.

Ahora bien no es objeto de discusión la patología que aqueja al accionante sin embargo no es posible acceder a la orden de tratamiento integral, pues en primer término pese a que puede ser considerado sujeto de especial protección constitucional por su condición de salud, no aparece de manera **clara y cierta** cuales son los tratamientos y medicamentos que requiere, para disponer lo propio de manera concreta, como tampoco se tiene certeza en cuanto a los medicamentos, tratamientos o elementos médicos en general que pueda llegar a requerir de manera indefinida y progresiva en tiempo, en esa medida, la orden impartida en los términos solicitados sería muy general, vaga e imprecisa, y de otra parte, no aparece que la E.P.S. se haya negado a autorizar algún tratamiento, medicamento o procedimiento, ordenado por el médico tratante, diferente a la falta de autorización y entrega de *silla de silla de ruedas*.

Finalmente se ordenará la desvinculación del **CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100-SANITAS E.P.S., la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL – ADRES, el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, la ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, la DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN.** toda vez que a cargo de estas entidades no se encuentra la autorización de los insumos aquí deprecados por la accionante como tampoco el brindar un tratamiento integral ello se constituye en una carga de la Entidad Prestadora de Salud.

DECISION

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO ONCE MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE BOGOTÁ D.C.,** administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley:

RESUELVE

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la salud, vida digna y seguridad social vulnerados a **ASDRÚBAL OVIDIO SALAZAR** por parte de **EPS SANITAS** de conformidad a la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO: ORDENAR a la accionada **EPS SANITAS** que en el término de **48 horas siguientes** a la notificación de la presente decisión proceda a **autorizar** una *“silla de ruedas liviana a medida del paciente , marco rígido espaldar contorneado profundo, a nivel de ángulo subescapular, abatible, manillares de propulsión, ruedas traseras neumáticas de 34 pulgadas de desmonte rápido con aro propulsor anodizado. Llantas delanteras de 6* 11/2 pulgadas macizas, protectores laterales de ropa, apoya pies uni podales en U. Cinturón pélvico a 45 grados Frenos tipo palanca. numero 1 uno ”* al señor **ASDRÚBAL OVIDIO SALAZAR** de acuerdo a la prescripción médica y en los términos que su médico tratante dispuso, contando con el término de entrega del suministro de **90 días calendario para lo cual no se podrán exigir trámites**

administrativos innecesarios que obstaculicen el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud y conlleven al empeoramiento de sus condiciones de vida en razón a la enfermedad que padece, so pena de dar aplicación a las sanciones previstas en el artículo 27 del Decreto 2591 de 1991.

TERCERO: CONMINAR a la **EPS SANITAS** a realizar el trámite administrativo de recobro con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ante la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL – ADRES**, de conformidad con la Resolución 1885 de 2018.

CUARTO: NEGAR lo relativo a las pretensiones de tratamiento integral y exoneración de copagos del señor **ASDRÚBAL OVIDIO SALAZAR**, conforme lo expuesto en la parte considerativa.

QUINTO: ADVERTIR a **DROGUERÍAS CRUZ VERDE** sobre el término otorgado para la entrega del suministro el cual no podrá tardar mas allá de **90 días calendario**, ello en teniendo en cuenta lo indicado por SANITAS E.P.S.

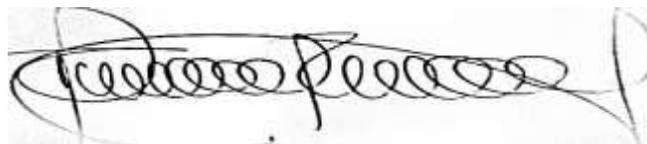
SEXTO: DESVINCULAR de la presente acción constitucional al **CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100-SANITAS E.P.S.**, la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL – ADRES**, el **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**, la **SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD**, la **ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ**, la **DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN** por las razones expuestas en la parte motiva de la presente decisión.

SEPTIMO: NOTIFICAR por el medio más eficaz tanto a la parte accionante, como a la accionada y a las vinculadas del resultado de la presente providencia.

OCTAVO: Si no fuere impugnado el presente fallo oportunamente, esto es, dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación, se remitirá a la H. Corte Constitucional en los términos del artículo 31 del Decreto 2591 de 1991. En caso contrario se enviará a la Oficina Judicial - Reparto de los Juzgados Laborales del Circuito de esta ciudad, en los términos del artículo 32 ibídem.

NOVENO: INFORMAR a las partes interesadas que las actuaciones de la acción constitucional pueden ser consultadas a través del siguiente link:

CÚMPLASE.



DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR
JUEZ

Firmado Por:

DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR
JUEZ
JUEZ - JUZGADO 011 PEQUEÑAS CAUSAS
LABORALES
DE LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.-SANTAFE DE BOGOTA D.C.,

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:
cc11c00145a7ccfe3a405b00184019f4f4b2aba21a15850f66750353a28
db5b6

Documento generado en 09/11/2020 04:14:10 p.m.

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