



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado 5° Civil Municipal de Bogotá
Carrera 10 No. 14-33 piso 5 Teléfono/Fax: 2815639
cmpl05bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D. C., veintinueve (29) de junio de dos mil veintidós (2022).

Ref: ACCIÓN DE TUTELA No. 110014003-005-2022-00570 00
ACCIONANTE: ANA ROSA PARRA PRIETO.
ACCIONADO: EPS SANITAS S.A.S.

Procede el Despacho a resolver la acción de tutela de la referencia, una vez rituado en legal forma el trámite adecuado.

I. ANTECEDENTES:

1. HECHOS

Indicó la accionante, que fue diagnosticada con *“trastorno depresivo recurrente así como trastorno mixto de ansiedad y depresión, cefalea e insomnio”*.

Agregó que, la EPS Sanitas, a la que se encuentra afiliada, le ordenó nuevamente un estudio polisomnográfico *“exigiéndome el pago de cuota moderadora para acceder a tal servicio”* el cual tiene un costo de *“más de \$100.000”*.

Destacó que, no tiene los *“recursos económicos”* para efectuar dicho copago dado su *“cuadro clínico”* el cual le impide *“laborar y no cuento con ingresos de ningún tipo, tal y como se acredita al estar dentro del régimen subsidiado de salud y atendiendo adicionalmente mi encuesta Sisben se encuentra en nivel 1”*.

Añadió que, elevó petición ante la EPS accionada y no hubo respuesta respecto de la exoneración de copagos – cuota de recuperación, *“situación que afecta mis derechos constitucionales fundamentales especialmente el derecho a la salud”*.

2. LA PETICIÓN

Solicitó se ampare su derecho fundamental a la vida, a la salud e integridad física, petición, la protección especial de las personas en condición de discapacidad y a la seguridad social y, en consecuencia, se ordene la EPS Sanitas, *“se abstenga de efectuar cobros para los tratamientos, procedimientos o medicamentos que requiera, ordenándole*

se me brinde LA ATENCION INTEGRAL de acuerdo a lo indicado por los médicos tratantes, cubriendo la totalidad de los costos correspondientes a exámenes diagnósticos tratamientos, medicamentos y todo aquello a que haya lugar dada la patología que me aqueja.”.

II. SINTESIS PROCESAL:

Por auto de 14 de junio del año en curso, se admitió la acción y se ordenó notificar a las accionadas y se les otorgó un plazo de un (1) día para que brindaran una respuesta al amparo. Igualmente, se dispuso vincular al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, KERALTY, CAYRE, SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD y el JUZGADO 79 PENAL MUNICIPAL CON FUNCIÓN DE CONTROL DE GARANTÍAS DE BOGOTÁ.

SANITAS EPS

En tiempo, dio respuesta a la acción de tutela, oponiéndose y solicitando se niegue por no vulnerar los derechos fundamentales de la promotora. En ese sentido indicó que *“actualmente no se evidencia marcación de patología que lleve a la exoneración del cobro de copagos. Además, la usuaria NO POSEE ENFERMEDAD CATASTRÓFICA. Es preciso indicar que no es viable exonerar de copagos (hasta tanto no se defina la discapacidad y/o posible marca medica) por lo que, de conformidad con la normativa vigente, debe sujetarse al pago de dichas erogaciones”.*

Agregó que, el Decreto 780 de 2016 establece que los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tanto en el Régimen Contributivo y Subsidiado están sujetos a pagos compartidos y cuotas moderadoras con fin de racionalizar el uso de los servicios en el sistema y complementar la financiación del Plan de beneficios en Salud. En consecuencia, EPS Sanitas S.A.S., en cumplimiento de la normativa vigente exige a sus afiliados para el acceso a determinados servicios del Plan de beneficios en Salud, el pago de copagos lo cual es obligatorio para los afiliados beneficiarios del Régimen Contributivo y Subsidiado, motivo por el cual no se considera procedente la solicitud realizada por la accionante.

RIESGO DE FRACTURA S.A. CAYRE

En término indicó que se le ha prestado la atención que requiere la accionante según su plan de tratamiento y que lo solicitado por la accionante no es de su competencia.

JUZGADO 75 PENAL MUNICIPAL CON FUNCIÓN DE GARANTÍAS DE BOGOTÁ.

Dentro del término se pronunció frente a los hechos y pretensiones de la accionante, para lo cual manifestó que en dicha sede judicial se tutelaron los derechos de la accionante. Que no es posible allegar la acción de tutela que allí cursó dada la brevedad de tiempo. En ese sentido, solicitó desvincularle de la presente acción por falta de legitimación en la causa por pasiva.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES

De manera oportuna dio contestación, para lo cual alegó falta de legitimación en la causa por pasiva, en tanto, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, le corresponde a la EPS garantizar la prestación del servicio de salud de sus afiliados. En consecuencia, solicitó negar el amparo solicitado y desvincular del presente trámite.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Afirmó que el agendamiento de citas debe estar garantizado por las EPS, además, que los servicios de atención especializada se encuentran incluidos en la Resolución 2292 de 2021. En relación con el servicio de salud denominado polisomnografía, indica igualmente, que el mismo se encuentra en la Resolución anteriormente mencionada. En consecuencia, solicitó exonerarle de toda responsabilidad que se le pueda llegar a endilgar.

III CONSIDERACIONES

1.- LA ACCIÓN DE TUTELA

El artículo 86 de la Constitución Política de 1991 estableció que toda persona tiene acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública, o contra particular frente al cual se encuentre en condiciones de subordinación. Esta acción sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

La acción de tutela en consecuencia, es viable cuando quiera que un derecho fundamental constitucional se encuentre bajo amenaza o vulneración, situación que deberá ser demostrada o probada, por quien reclama su protección.

2. Derecho a la salud.

La Ley 1751 del 16 de febrero de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) en su art. 2° establece el derecho a la salud como fundamental y el art.10° señala que las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.

Sobre la naturaleza del derecho a la salud, la Corte Constitucional en Sentencia T-320 de 2011 señaló:

*“En este sentido, la Corte ha precisado que la “faceta prestacional” del derecho fundamental a la salud implica para el Estado la obligación de tomar las medidas necesarias para proporcionar a todas las personas la **efectividad del mismo**. De esta manera, el incumplimiento del conjunto de acciones con las cuales se facilita el acceso y el disfrute del derecho, **facultan a su titular para reclamar esta garantía mediante la acción de tutela**.*

No obstante lo anterior y sin dejar de reconocer el carácter fundamental del derecho a la salud, esta Corporación ha indicado que en virtud de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad consagrados en el artículo 49 de la Constitución, no todos sus aspectos son susceptibles de ser amparados mediante la acción de tutela, ya que su protección mediante esta vía procede en principio cuando: (i) “esté amenazada la dignidad humana del peticionario; (ii) el actor sea un sujeto de especial protección constitucional y/o (iii) el solicitante quede en estado de indefensión ante su falta de capacidad económica para hacer valer su derecho”

En conclusión, la acción de tutela, como mecanismo constitucional de protección de los derechos fundamentales, ampara el derecho a la salud en su dimensión de acceso a los servicios médicos que se requieren con necesidad, es decir, protege la garantía básica con la que cuentan todas las personas de acceder a los “servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad”.

...De manera que, para acceder a un servicio de salud incluido en el POS, procederá la acción de tutela siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones: (i) “que el servicio, tratamiento o medicamento haya sido ordenado por un médico tratante, (ii) que sea necesario para conservar la salud, la vida, la dignidad, la integridad o algún derecho fundamental y (iii) haya sido solicitado previamente a la entidad encargada de prestarle el servicio de salud”

Aunado a lo anterior, precisa este despacho que no es posible controvertir las decisiones del galeno en ordenar determinados procedimientos, pues es el profesional idóneo para indicar en materia de salud las necesidades de cada paciente.

Precisamente lo ha indicado la jurisprudencia de la Corte Constitucional en el siguiente sentido:

“Concretamente, se deduce que el médico tratante, es el galeno idóneo para proveer las recomendaciones de carácter médico que requiere el paciente. Esas recomendaciones no pueden ser objetadas por la EPS, cuando aquella tuvo noticias de dicha opinión médica, pero no la controvirtió con base en criterios científicos; o bien sea porque el Comité científico de la entidad valoró inadecuadamente la historia clínica del paciente y no sometieron el padecimiento de éste al estudio de un especialista” (Sentencia T-539 de 2013).

3. DE LA EXONERACIÓN DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS.

Al respecto, la Corte Constitucional ha indicado que *“El artículo 187 de la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se regula el Sistema de Seguridad Social Integral, establece la existencia de pagos moderadores, los cuales tienen por objeto racionalizar y sostener el uso del sistema de salud. Esta misma norma aclara que dichos pagos deberán estipularse de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema, pues bajo ninguna circunstancia pueden convertirse en barreras de acceso al servicio de salud. La Corte Constitucional precisó que “la exequibilidad del cobro de las cuotas moderadoras tendrá que sujetarse a la condición de que con éste nunca se impida a las personas el acceso a los servicios de salud; de tal forma que, si el usuario del servicio -afiliado cotizante o sus beneficiarios- al momento de requerirlo no dispone de los recursos económicos para cancelarlas o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada”. De modo que, cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de los pagos o cuotas moderadoras, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud, lo cual va en contravía de los principios que deben regir la prestación del servicio. 5.1.2. Como desarrollo de lo establecido en la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud expidió el Acuerdo 260 de 2004, en el que se definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El mencionado Acuerdo se encargó de establecer: (i) las clases de pagos moderadores, (ii) el objeto de su recaudo, (iii) la manera cómo estos se fijan y (iv) las excepciones a su pago.*

5.1.3. En relación con las clases de pagos, dicho Acuerdo en su artículo 3° estableció la diferencia entre las cuotas moderadoras y los copagos. Señaló que las primeras son aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los segundos se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios. 5.1.4. Al respecto, esta Corporación ha reconocido que el establecimiento de las cuotas moderadoras, atiende el propósito de racionalizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los afiliados y sus beneficiarios, evitando desgastes innecesarios en la prestación del servicio, y, de otro lado, con los copagos aplicables a los beneficiarios, pretende que una vez se haya ordenado la práctica de algún servicio médico, se realice una contribución, de conformidad con un porcentaje establecido por la autoridad competente y acorde a la capacidad económica del usuario, con la finalidad de generar financiación al Sistema y proteger su sostenibilidad. 5.1.5. De otro lado, el artículo 5°

del Acuerdo 260 de 2004 se encarga de enunciar los principios que deben respetarse para fijar los montos que se deben cancelar por concepto de cuotas moderadoras y copagos, a saber: “1. Equidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales. 2. Información al usuario. Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación. 3. Aplicación general. Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo. 4. No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.”

Por su parte, el artículo 4º del citado Acuerdo dispone que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Particularmente, en el artículo 9º se especifican las condiciones propias de los copagos, que son los que tienen relevancia en los casos objeto de estudio. Al respecto, se establece que el valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con los parámetros que, para cada evento, se fijan en la misma disposición. 5.1.6. Ahora bien, el precitado Acuerdo, en su artículo 7º, hace referencia a las excepciones a la cancelación de copagos de la siguiente forma: “Artículo 7º. Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de: 1. Servicios de promoción y prevención. // 2. Programas de control en atención materno infantil. // 3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles. // 4. Enfermedades catastróficas o de alto costo. // 5. La atención inicial de urgencias. // 6. Los servicios enunciados en el artículo precedente”. (Subrayado fuera del texto original)

A su vez, el párrafo 2º del artículo 6º del mismo Acuerdo establece: “[s]i el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios”.

5.1.7. De otro lado, con el objetivo de evitar que el cobro de copagos se convierta en una barrera para la garantía del derecho a la salud, esta Corporación ha considerado que hay lugar a la exoneración del cobro de los pagos moderadores, en los casos en los cuales se acredite la afectación o amenaza de algún derecho fundamental, a causa de que el afectado no cuente con los recursos para sufragar los citados costos. Particularmente, la jurisprudencia constitucional ha establecido dos reglas que el operador judicial debe tener en cuenta para eximir del cobro

de estas cuotas: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor; (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente de forma oportuna, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de financiamiento de la cuota moderadora, con la posibilidad de exigir garantías, a fin de evitar que la falta de disponibilidad inmediata de recursos se convierta en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.

5.1.8. En síntesis, la cancelación de cuotas moderadoras y copagos es necesaria en la medida en que contribuyen a la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud y protege su sostenibilidad. No obstante, el cubrimiento de copagos no puede constituir una barrera para acceder a los servicios de salud, **cuando el usuario no tiene capacidad económica para sufragarlos, por lo que es procedente su exoneración a la luz de las reglas jurisprudenciales anteriormente referidas.** Así mismo, el Acuerdo 260 de 2004 que definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras en el Sistema de Salud, estableció que estas deben fijarse con observancia de los principios de equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad, siempre en consideración de la capacidad económica de las personas. Así mismo, dispuso el deber de aplicar copagos a todos los servicios de salud con excepción de ciertos casos particulares, dentro de los cuales se encuentran: (i) aquellos en los cuales el paciente sea diagnosticado con una enfermedad catastrófica o de alto costo y (ii) cuando el usuario se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas.

En este orden de ideas, es procedente que el operador judicial exima del pago de copagos y cuotas moderadoras cuando: **(i) una persona necesite un servicio médico y carezca de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, caso en el cual la entidad encargada deberá asegurar al paciente la atención en salud y asumir el 100% del valor correspondiente; (ii) el paciente requiera un servicio médico y tenga la capacidad económica para asumirlo, pero se halle en dificultad de hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea prestado. En tal supuesto, la EPS deberá garantizar la atención y brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora; y (iii) una persona haya sido diagnosticada con una enfermedad de alto costo o esté sometida a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, casos en los cuales se encuentra legalmente eximida del cubrimiento de la erogación económica**". (Negrilla y Subrayado Fuera de texto original; Sentencia T-402 de 2018).

4- CASO CONCRETO

1. En el caso objeto de estudio, la accionante considera vulnerados por la EPS Sanitas los derechos fundamentales a la salud, la vida digna, seguridad social y petición, al negar la exoneración de copagos en lo referente al padecimiento de salud asociado a la enfermedad que padece denominada “*trastorno depresivo recurrente (...) trastorno mixto de ansiedad y depresión, cefalea e insomnio*”. Pidió, también, se le otorgue el tratamiento integral.

2. La EPS accionada, en la respuesta allegada indicó que no es viable exonerar de cuotas moderadoras y copagos (hasta tanto no se defina la discapacidad y/o posible marca medica) por lo que, de conformidad con la normativa vigente, debe sujetarse al pago de dichas erogaciones. Así mismo, se opuso al tratamiento integral, alegando que se trata de una solicitud sobre hechos futuros, para lo cual señaló que “*no existe orden médica alguna que conmine a (...) otorgar determinado servicio médico como tratamiento integral*”.

3. Con base en las pruebas obrantes, se encuentra acreditado los siguientes hechos: i) que la demandante cuenta con 51 años de edad, ii) que fue diagnosticada con trastorno depresivo recurrente, trastorno mixto de ansiedad y depresión, y apnea del sueño iii) que le solicitó a la EPS accionada, la exoneración de copagos y en comunicación de 8 de noviembre de 2021, la EPS convocada le informó que ello no era posible.

Ahora, es verdad que los padecimientos aludidos no se encuentran enlistados en el Acuerdo 260 de 2004. Tampoco se trata de una enfermedad catastrófica o de alto costo. No obstante, en la demanda de tutela la promotora afirmó **no contar con los recursos económicos para sufragar el costo de dichos copagos**, sin que la EPS accionada haya desvirtuado ello. Destáquese que la Corte Constitucional ha señalado que la carga probatoria de la incapacidad económica se invierte en cabeza de la E.P.S. demandada, “*cuando en el proceso solamente obre como prueba al respecto, la afirmación que en este sentido haya formulado el accionante en el texto de demanda o en la ampliación de los hechos, ya que “las E.P.S. o ARS tienen en sus archivos, información referente a la situación socioeconómica de sus afiliados, estas entidades están en la capacidad de controvertir las afirmaciones formuladas por los accionantes referentes a su incapacidad económica. Por tal razón, su inactividad al respecto, hace que las afirmaciones presentadas por el accionante se tengan como prueba suficiente*”.

Adicionalmente, la accionante está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Subsidiado y, asimismo, es madre cabeza de familia. Ello, conforme con la jurisprudencia constitucional, implica una presunción de incapacidad económica.

Por lo indicado en precedencia, se concluye que en este caso el amparo invocado por la promotora contra la E.P.S Sanitas, en relación a la exoneración de la cancelación de copagos, debe ser concedido.

De otro lado, le compete al Despacho, determinar si en el caso objeto de estudio se acreditan los requisitos que, en criterio de la jurisprudencia constitucional, permiten otorgar el tratamiento integral deprecado por la accionante.

Sobre dicho tópico, *“la Corte ha señalado que el juez de tutela debe ordenar el suministro de todos los servicios médicos que sean necesarios para conservar o restablecer la salud del paciente, cuando la entidad encargada de **ello no ha actuado con diligencia y ha puesto en riesgo los derechos fundamentales del paciente, siempre que exista claridad sobre el tratamiento a seguir, a partir de lo dispuesto por el médico tratante.***

*Lo anterior ocurre, por una parte, porque **no es posible para el juez decretar un mandato futuro e incierto, pues los fallos judiciales deben ser determinables e individualizables;** y por la otra, porque en caso de no puntualizarse la orden de tratamiento integral, se estaría presumiendo la mala fe de la entidad promotora de salud, en relación con el cumplimiento de sus deberes y obligaciones para con sus afiliados, en contravía del mandato previsto en el artículo 83 de la Constitución”. (Corte Constitucional sentencia T-092 de 2018).*

Bajo ese horizonte, en el caso objeto de análisis, el Despacho encuentra que la pretensión invocada por la actora relacionada con el tratamiento integral **no está llamada a prosperar**, habida cuenta que ni del material obrante en el expediente, ni de lo dicho por las partes en el trámite del amparo constitucional, se advierte que exista una negación a un procedimiento, servicio de salud o tratamiento médico, siendo claro que no es posible acceder a lo pretendido a partir de simples suposiciones sobre hechos futuros o con el fin de precaver hipotéticas vulneraciones a los derechos fundamentales de la accionante.

DECISION:

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTA D.C.**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONCEDER el amparo a los derechos a la salud y a la vida reclamados por **ANA ROSA PARRA PRIETO**, por lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO: ORDENAR a **EPS SANITAS** que, a partir de la notificación de esta providencia, asuma la prestación de los servicios de salud que en adelante requiera **ANA ROSA PARRA PRIETO** para enfrentar la enfermedad denominada “*trastorno depresivo recurrente, trastorno mixto de ansiedad y depresión, y apnea del sueño*”, sin que le puedan ser exigidos copagos por los tratamientos, medicamentos, procedimientos, exámenes, servicios, consultas y además costos que demande la atención de esas patologías.

TERCERO: NEGAR la pretensión de tratamiento integral, por lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

CUARTO: Notifíquese la presente decisión a los extremos de la acción por el medio más idóneo o expedito posible.

QUINTO: Si la presente decisión no fuere impugnada dentro de la oportunidad legal, remítase el expediente a la Honorable Corte Constitucional, para su eventual REVISION. Oficiese. Déjense las constancias del caso.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,

**JUAN CARLOS FONSECA CRISTANCHO
JUEZ**

Firmado Por:

Juan Carlos Fonseca Cristancho
Juez
Juzgado Municipal
Civil 005
Bogotá, D.C. - Bogotá 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: 1c017c5cb6074aa4570aa7f8601b1dfb8e17d2a9a07a3099f19db69b75a404d7

Documento generado en 29/06/2022 12:54:43 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>