

República De Colombia



Rama Judicial

JUZGADO VEINTICUATRO CIVIL MUNICIPAL

Bogotá D.C., dos (2) de octubre de dos mil veinte (2020)

Clase de Proceso:	Acción de tutela
Radicación:	110014003024 2020 00576 00
Accionante:	Martha Luz Barrero Carvajal quien actúa como agente oficioso de su esposo Fabio León Méndez.
Accionado:	Compensar Plan Complementario.
Vinculados:	Ministerio de Salud y de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Fundación Santafé, Clínica Montserrat y Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. y Clínica Inmaculada.
Derechos Involucrados:	A la salud y vida.

En la ciudad de Bogotá D.C., en la fecha antes indicada, la **JUEZ VEINTICUATRO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ**, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, especialmente las establecidas en el artículo 86 de la Constitución Política y en los Decretos reglamentarios 2591 de 1991 y 1069 de 2015, modificado por el Decreto 1983 de 2017, procede a decidir de fondo la solicitud de amparo constitucional reclamada.

ANTECEDENTES

1. Competencia.

Corresponde a este despacho el conocimiento de la acción de tutela de la referencia, con fundamento en el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991, *“A los Jueces Municipales les serán repartidas para su conocimiento en primera instancia, las acciones de tutela que se interpongan contra cualquier autoridad pública del orden departamental, distrital o municipal y contra particulares”*.

2. Presupuestos Fácticos.

Martha Luz Barrero Carvajal quien actúa como agente oficioso de su esposo Fabio León Méndez, interpuso acción de tutela en contra de Compensar Plan Complementario, para que se le protejan sus derechos fundamentales a la salud y vida, los cuales considera vulnerados por la accionada, dados los siguientes motivos de orden fáctico que se pasan a sintetizar:

2.1. El 27 de septiembre de 2020 el agenciado presentó una afectación o alteración en su salud mental, por lo que fue trasladado a la Clínica Montserrat al contar con el plan complementario de salud con la querellada.

2.2. Durante la evaluación que allí le realizaron, el profesional en salud lo interrogó sin acompañamiento de un familiar a efectos de diligenciar la historia clínica.

2.3. De dicho proceso, el galeno tratante indicó que Fabio León debía ser hospitalizado por presentar depresión severa, estaba en riesgo vital y no se encontraba en capacidad legal de tomar decisiones, por la que la accionante firmó la instancia en la clínica de reposo.

2.4. Después de ello, los funcionarios de la Clínica Montserrat le manifestaron que el Plan Complementario de Compensar no había autorizado la hospitalización por una preexistencia, ya que en la información brindada por el agenciado, se mencionó que él había sufrido un episodio de depresión en el año 2012 y fue atendido para ese momento en la Clínica Santa Fe de Bogotá, declaración falta de verdad ya que este suceso nunca ocurrió.

2.5. El contrato se encuentra vigente desde el año 2017 y al momento del perfeccionamiento del mismo, nunca se especificó preexistencia alguna, tal y como quedó consignado en la carta de homologación de preexistencias que se solicitó al inició por Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.

2.6. La negación al servicio de salud a la que tiene derecho su esposo al no ser atendido en la institución de reposo al que fue llevado inicialmente, porque la censurada indica que debe ser trasladado a otro centro asistencial, pone en riesgo su vida, sin contar que al solicitar la historia clínica de su cónyuge, tanto la Clínica Montserrat como Compensar se han negado a suministrarla.

PETICIÓN DE LA ACCIONANTE

Solicitó que éste Despacho tutele los derechos fundamentales a la salud y vida de su esposo Fabio León Méndez, y se ordene a Compensar

Plan Complementario, autorizar, cubrir y pagar la totalidad de la cuenta que se genere por la hospitalización de su esposo, debido a la enfermedad que actualmente padece o la que se derive de la misma a fin de proteger su derecho a la vida y salud.

PRUEBAS

Ténganse las documentales militantes en el plenario.

3. Trámite Procesal.

3.1. Mediante auto calendarado 21 de septiembre de 2019, se admitió para su trámite la presente acción de tutela, requiriendo a la accionada y vinculadas para que se manifestaran en torno a los hechos expuestos en la acción de tutela.

3.2. Compensar Plan Complementario indicó que inicialmente no autorizó la hospitalización en la IPS Clínica Montserrat en razón a que el mismo paciente manifestó haber tenido un episodio similar en el año 2012 con un intento de suicidio, el cual fue atendido en la IPS Fundación Santa Fe, con lo cual se configura una preexistencia para el cubrimiento por parte del plan complementario; sin embargo, el agenciado fue atendido en dicho centro de reposo desde el 17 al 20 de septiembre de 2020, fecha en la que fue trasladado a la Clínica Inmaculada.

La autorización de la hospitalización no se generó en razón a que el mismo paciente manifestó haber tenido un episodio similar en el año 2012 con un intento de suicidio, esto es, tiempo menor a 5 años antes de la afiliación al plan complementario de la censurada, y así quedó constatado en la historia clínica de ingreso a la clínica Monserrat. Es decir, la condición de depresión, y en general, los problemas de salud mental que presenta en la actualidad el censor, son a todas luces preexistentes a su afiliación al Plan Complementario de Compensar EPS, y en consecuencia, no hay lugar a cubrir los servicios que requiera ya que se relacionan con su condición de esquizofrenia paranoide.

En este caso, no existe ningún fundamento para descartar o desvirtuar lo expuesto por Fabio León Méndez, pues, si bien en el momento de su ingreso a la clínica Montserrat el paciente mostraba alterado su estado emocional, ello no implica que hubiese también una alteración del estado de conciencia, lo que quiere decir, que era completamente consciente de la información que le estaba entregando al profesional de la salud que atendió el ingreso a la institución, por lo que solicitó se vinculara de la IPS Fundación Santa Fe en las presentes diligencias, para que esta manifieste si en el año 2012 dispuso servicios de salud mental al paciente y en qué condiciones se dio dicha atención.

Comentó que en el presente caso, es evidente que el Señor Fabio León Méndez conocía que algunos servicios se encuentran excluidos del cubrimiento por el plan complementario de salud, sin que ello signifique que no se garanticen los servicios por el plan de beneficios de salud, como en efecto se está realizando.

Aclaró que no es cierto que compensar EPS no asuma los gastos relacionados con la práctica de un procedimiento; sin embargo, la atención deberá realizarse dentro de las IPS adscritas a la red de prestadores del plan de beneficios de salud y no del plan complementario de salud de compensar E.P.S.

3.3. El Instituto Colombiano del Sistema Nervioso -Clínica Montserrat adujo que de acuerdo con sus protocolos, la capacidad y profesionalismo de sus médicos, no es de recibo que, el consentimiento informado haya sido firmado en nombre del paciente, sino que por el contrario fue firmado como acudiente directa del paciente y previo a ello fue debidamente informada del diagnóstico, tratamiento, procedimientos, las consecuencias de los mismos y por esa razón fue firmado con plena voluntad y entendimiento del mismo.

3.4. La Fundación Santa Fe de Bogotá, indicó que la última atención del paciente fue el 22 de noviembre de 2018, ocasión en la que asistió a través del servicio de urgencias por un cuadro de 3 semanas de evolución de tos seca, posterior a su valoración se registró en la historia clínica:

“Paciente con cuadro de bronquitis aguda, estable hemo dinámicamente, con radiografía que descarta consolidaciones y/o derrames y hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, (...)”

La última atención previa a la del 2018, fue el 23 de octubre de 2006, ocasión en la que asistió al servicio de urgencias y se registró en la historia clínica del paciente:

“Paciente quien refiere de aproximadamente 2 meses de evolución sentimientos de tristeza y minusvalía, asociado refiere insomnio de reconciliación y cambios en el hábito alimenticio dado por hiporexia. ayer refiere agudización de síntomas con sentimientos de tristeza y desesperanza. Presenta ideación suicida en la madrugada de hoy "es una escapatoria". Niega ideación previa. Por síntomas decide consultar”

Permaneciendo hospitalizado hasta el 25 de octubre de 2006 fecha en la que se le dio de alta con recomendaciones y medicación al presentar

mejoría. Posterior a los dos eventos mencionados, el agenciado no registra más ingresos por urgencias, consulta externa u hospitalización en la entidad.

3.5. Mapfre Colombia Vida Seguros S.A., refirió que al observar las pretensiones y hechos del escrito de tutela, se advierte que la misma se encuentra dirigida a Compensar Plan Complementario, lo que impone una falta de legitimación en la causa por pasiva, pues, en lo que tiene que ver con la entidad, se observa que la Póliza Vital 3806614000053, Tomador y Asegurado Principal León Méndez Fabio, CC. 79593352, estuvo vigente desde 19-04-2014 hasta 01-02-2017 - Exclusiones: Sin Exclusiones. Continuidad: Con Continuidad Medicina Prepagada Cafesalud 01-12-1999.

3.6. El Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, y la Clínica Inmaculada, no se manifestaron en torno a los hechos de esta salvaguarda constitucional.

CONSIDERACIONES

1. Problema Jurídico.

Como surge del recuento de los antecedentes, el problema jurídico que ocupa la atención de este juzgado se circunscribe en establecer si Compensar Plan Complementario, vulneró los derechos fundamentales invocados por la accionante, al haber negado la hospitalización de su esposo en la clínica Monserrat, al considerar que su enfermedad se trataba de una preexistencia, con base la información consignada al momento de ingreso a la institución.

2. Procedencia de 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 Constitución Política en el artículo 86, el Decreto 2591 de 1991 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional establecen los requisitos de procedibilidad de la acción de tutela. Estos son: la legitimación por activa y pasiva, la fundamentalidad del derecho del que se alega

vulneración, el principio de inmediatez y la subsidiariedad del recurso. Además, se incluirá un análisis de la carencia actual de objeto que se presenta en el caso del expediente T-5311597.

De acuerdo a lo dispuesto por la Constitución Política (Art. 86) y por el Decreto 2591 de 1991 (Art. 10), la acción de tutela puede ser interpuesta directamente por la persona afectada o a través de un tercero, bien sea en calidad de representante, mandante o agente oficioso.

(...) Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha sido clara al considerar que la acción de tutela es procedente para solicitar el suministro de medicamentos, insumos, exámenes o procedimientos no incluidos dentro del POS. Lo anterior con la finalidad de garantizar de manera efectiva la protección de los derechos fundamentales a la vida digna, a la integridad personal y a la salud; y, en congruencia con el principio de integralidad de la salud. En este sentido, la Corte Constitucional se ha pronunciado en varias ocasiones ordenando la garantía de medicamentos, insumos, exámenes o procedimientos no incluidos dentro del POS”¹.

3. El derecho fundamental a la salud y su protección por el ordenamiento constitucional colombiano.

Los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional establecen como derechos fundamentales de todos los ciudadanos, el de tener acceso al Sistema General de Seguridad Social y el acceso a los servicios de salud para su completa recuperación de las enfermedades que los aquejan.

En consecuencia de ello, el Congreso de la República promulgó la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la cual reglamenta el derecho fundamental a la salud en sus dos facetas: “*como derecho y como servicio público. De esta manera, consagra la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y de otro, como servicio público esencial obligatorio que debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, cuya ejecución se realiza bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado*”².

4. Retraso sin justificación a la realización de un procedimiento o medicamento vulnera los derechos fundamentales a la salud, vida digna e integridad física – Reiteración de jurisprudencia-

La demora sin causa justa en la práctica de un procedimiento quirúrgico, autorización de un procedimiento, examen u otro servicio médico lesiona ostensiblemente los derechos a la salud y la vida, pero lo es, mucho más grave para la integridad física de la persona, ya que larga e

¹ C.C. T 171/216 reiteración de jurisprudencia T110 de 2012

² C.C. T 098/2016.

injustificada espera apartan la finalidad primigenia del tratamiento, actuación que permite el agravamiento de las enfermedades.

“(...) someter a estas personas a procedimientos extenuantes, que terminan siendo trabas en el acceso a la prestación del servicio de salud, implica una transgresión de su dignidad humana. Es por esta razón que, en varias oportunidades esta Corte ha hecho especial énfasis en el trato especial, preferencial y en mejores condiciones que se les debe prestar a las personas en situación de discapacidad³.

(...) debido a que el derecho a la salud se protege de manera autónoma, se vulnera cuando la entidad encargada de la prestación del servicio de salud, se demora en la práctica de un procedimiento o en la entrega de un medicamento, esto en atención a que, se pierde la finalidad del tratamiento y, por lo mismo, la prestación del servicio deja de ser integral. De la misma forma, se vulnera el referido derecho fundamental, cuando se somete al usuario en situación de discapacidad a largas filas y engorrosos trámites para obtener la práctica de procedimientos y la entrega de medicamentos, puesto que, esto se convierte en una traba para el acceso efectivo a la prestación del servicio de salud y, como resultado se ve afectada la dignidad humana”

“esta Corporación en el año 1999 mencionaba que “no es normal que se retrase la autorización de cirugías, exámenes o tratamientos que los mismos médicos del I.S.S. recomiendan con carácter urgente, pues ello va en contra de los derechos a la vida y a la integridad física de los afiliados no solamente cuando se demuestre que sin ellos el paciente puede morir o perder un miembro de su cuerpo, sino también cuando implican la demora injustificada en el diagnóstico y, por consiguiente, en la iniciación del tratamiento que pretende el restablecimiento de la salud perdida o su consecución.”⁴.

5. Caso concreto.

La accionante invocando los derechos fundamentales inicialmente referidos, pretende que Compensar Plan Complementario autorice, cubra y pague la totalidad de la cuenta que se genere por la hospitalización de su esposo, debido a la enfermedad que actualmente padece o la que se derive de la misma a fin de proteger su derecho a la vida y salud.

Argumentó la *petente* que su núcleo familiar se encuentra afiliado a medicina Prepagada desde el año 2017, que se encuentra casada con el agenciado desde antes del año 2012 y en dicha anualidad no tuvo que acudir a la Fundación Santa Fe para recibir tratamiento por depresión, por lo que la información que brindó su cónyuge al momento de ser atendido por los galenos de la Clínica Montserrat es errada.

Por su parte la entidad accionada Compensar Plan Complementario manifestó que la decisión de no autorizar la hospitalización y manejo de la

³ Al respecto ver sentencias T-823 de 1999, T-599 de 2001, T-117 de 2003, C-381 de 2005, entre otras. Reiteración sentencia T 094/2016.

⁴ Sentencia T-244 de 1999 (M.P. Rodrigo Escobar Gil), Reiteración Sentencia T 094/ 2016

enfermedad en la Clínica Montserrat se debe a lo expresado por el paciente y lo consignado en la información de ingreso al centro médico.

Dicho lo anterior, tenemos que la jurisprudencia constitucional, ha señalado que cuando una persona acude a su entidad de salud para que le suministre un servicio que requiere, el fundamento sobre el cual descansa el criterio de necesidad del servicio, es la orden del especialista. El médico tratante, cuyo saber se construye sobre la base del conocimiento científico adquirido y del manejo de la historia clínica de los pacientes, determina el tratamiento que se debe seguir para el restablecimiento de un estado de salud deteriorado.

La remisión del médico tratante es la forma instituida en nuestro Sistema de Salud para garantizar que los usuarios reciben atención profesional especializada, que los servicios que solicitan sean adecuados, y que al autorizarlos no se ponga en riesgo su integridad física y mental, o su vida. Entonces, cuando quiera que exista orden del especialista prescribiendo un medicamento, procedimiento o examen, es deber de la entidad responsable suministrarlo, incluso si el mismo no está incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Así mismo, la Corte Constitucional, sentenció que si las estipulaciones son genéricas las empresas de medicina prepagada deberán asumir los costos de todos los tratamientos, incluidos aquellos exentos desde que se firmó el pacto. Ya que las excepciones de cobertura no pueden estar señaladas en forma genérica, como excluir todas las enfermedades congénitas o todas las preexistencias.

“las “exclusiones” deberán quedar expresamente previstas en el contrato. Sobre el particular se deberán precisar las enfermedades, procedimientos y exámenes diagnósticos específicos que se excluyan, y el tiempo durante el cual no serán cubiertos por la entidad de medicina prepagada, no siendo oponibles al usuario las que no estén expresamente allí consignadas

que desde el momento mismo de la celebración del contrato, quienes lo suscriben deben dejar expresa constancia de las enfermedades, padecimientos, dolencias y quebrantos de salud que ya venían sufriendo los beneficiarios del servicio, que por ser preexistencias, no quedarán amparados dentro del mismo⁵.

En igual sentido, según la Alta Corte las empresas contratantes de salud tienen la obligación de practicar a los futuros usuarios los exámenes correspondientes para decidir, con claridad, las afecciones o dolencias de éstos que no quedarán incluidas en los respectivos acuerdos por ser anteriores a la suscripción.

⁵ C.C. T 184 de 2014.

*“... la entidad de medicina prepagada, durante el desarrollo del contrato, no está facultada para definir de manera unilateral que determinada patología, a pesar de no haberse excluido expresamente al momento de suscribir el contrato, se había venido desarrollando desde antes de la celebración de aquel y, en consecuencia, debe considerarse excluida. En tal evento, se entiende que **si la compañía omitió su obligación de realizar el examen médico previo o si, a pesar de hacerlo, éste fue insuficiente para detectar las posibles enfermedades del usuario, no puede negarse a prestar determinados servicios médicos requeridos por el paciente bajo el argumento de que se trata de una preexistencia o enfermedad congénita.**”⁶*

En razón a lo anterior, podemos establecer que si bien es cierto el agenciado indicó en el interrogatorio que le realizó el médico de la Clínica Montserrat al momento de su valoración e ingreso a la institución sobre haber sido atendido en la Fundación Santa Fe en el año 2012, por el mismo cuadro clínico, tal y como consta en la historia clínica que allegó Compensar

“Paciente quien presentó episodio depresivo hace 8 años requiriendo valoración por psiquiatría en clínica Santa fe por intento de suicidio, se indicó manejo con escitalopram 10 mg día el cual ha continuado de forma inconstante pero sin asistir a controles posteriores por la especialidad”

Tal información, no fue plenamente confirmada por la referida IPS, ya que la misma indicó en la contestación que brindó a este Estrado Judicial que el agenciado fue atendido en dos oportunidades una en el año 2018 por un episodio de tos seca y la anterior fue para el año 2006, por depresión.

Ahora bien, en cuanto a las razones expuestas por Compensar Plan Complementario, frente a que las enfermedades preexistentes se encuentran excluidas de la medicina prepagada, es necesario resaltar lo indicado por la Corte Constitucional en cuanto a la preexistencia, definiendo este vocablo como *“la enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar, existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se diagnostique durante la ejecución del mismo sobre bases científicas sólidas”⁷,*

Acorde con lo anterior, la Corte Constitucional expresó que desde el momento mismo de la celebración del contrato, quienes lo suscriben deben dejar expresa constancia de las enfermedades, padecimientos, dolencias y quebrantos de salud que ya venían sufriendo los beneficiarios del servicio, que por ser preexistencias, no quedarán amparados dentro del mismo, así mismo y previo a la celebración de un contrato de medicina prepagada, la

⁶ C.C. T 184 de 2014.

⁷ C.C. Sentencia T 184 de 2014

compañía contratante, que cuenta con el personal calificado y acceso a los equipos necesarios, tiene la obligación de practicar a los futuros usuarios los exámenes correspondientes, para determinar con claridad las enfermedades o dolencias de éstos, que por ser preexistentes serían excluidas del contrato.

Tales excepciones de cobertura no pueden estar señaladas en forma genérica, pues la compañía tiene la obligación de determinar, por medio de los exámenes previos a la suscripción del contrato, *“cuáles enfermedades congénitas y cuáles preexistencias no serán atendidas en relación con cada usuario”*.

Conforme a lo anterior, queda demostrado que el agenciado para el año 2006 había presentado un cuadro clínico similar por lo que estuvo hospitalizado del 23 al 25 de octubre de 2006, siendo dado de alta con recomendaciones médicas y medicación al mostrar mejoría, sin que para dicha data hubiera sido diagnosticado por un profesional de la salud con esquizofrenia o padecimiento derivado del mismo. De otra parte, echa de menos el Juzgado la correspondiente valoración médica a los afiliados por parte de Compensar Plan Complementario con el fin de realizar el correspondiente diagnóstico y señalar de manera puntual cuáles eran las preexistencias y/o patologías que habrían de quedar excluidas del plan complementario.

Y es por ello, que resulta discutible que la entidad de medicina Prepagada, se niegue a prestar los servicios médicos que requiere el agenciado Fabio León Méndez, argumentando que esta decisión se debe a un trastorno preexistente “esquizofrenia”, anteponiendo discusiones contractuales o administrativas, sin presentar soporte médico de sus afirmaciones y por consiguiente, considere que los ordenamientos del especialista no pueda ser cubierto por el plan contratado desde el año 2017.

En consecuencia, este Despacho concederá la protección al derecho fundamental a la salud y vida y se ordenará a Compensar Plan Complementario, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación del presente fallo, proceda a autorizar los servicios y procedimientos que se han generado a favor del agenciado Fabio León Méndez desde el 17 de septiembre de 2020 con ocasión a la patología denominada *“trastorno de ansiedad generalizada”*.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el **Juzgado Veinticuatro Civil Municipal de Bogotá D.C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO.- TUTELAR el amparo del derecho fundamental a la salud y vida del agenciado Fabio León Méndez identificado con C.C.79.593.352, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO.- ORDENAR en consecuencia a Compensar Plan Complementario que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación del presente fallo, proceda a autorizar los servicios y procedimientos que se han generado a favor del agenciado Fabio León Méndez identificado con C.C.79.593.352 desde el 17 de septiembre de 2020, con ocasión a la patología denominada “*trastorno de ansiedad generalizada*”.

TERCERO.- Hágasele saber al accionado que la impugnación del fallo no suspende el cumplimiento de lo aquí ordenado.

CUARTO.- NOTIFICAR a las partes esta sentencia en la forma prevista en el Art. 30 del Decreto 2591 de 1.991. Secretaria proceda de conformidad, relievándoles el derecho que les asiste de impugnarlo dentro de los tres días siguientes a su notificación, si no estuvieren de acuerdo con lo aquí decidido.

QUINTO: Si la presente decisión no fuere impugnada dentro de la oportunidad legal, remítase el expediente en forma electrónica y en los términos del Acuerdo PCSJA20-11594 de 13 de julio de 2020, a la Honorable Corte Constitucional, para su eventual REVISIÓN. Oficiese. Déjense las constancias del caso.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,

DIANA MARCELA BORDA GUTIÉRREZ
Juez

Firmado Por:

DIANA MARCELA BORDA GUTIERREZ
JUEZ
JUEZ - JUZGADO 024 MUNICIPAL CIVIL 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:

32749fc9e26884ef4ba87aaccedc3824c0b00501f20e54b4defacc1998300a82

Documento generado en 02/10/2020 03:01:03 p.m.