

SENTENCIA: ACCIÓN DE TUTELA SEGUNDA INSTANCIA
RAD. 1ª. Inst. N°. 2023-00233-00
RAD. 2ª. Inst. N°. 2023-00233-01
ACCIONANTE: JORGE ALFREDO QUIJANO BERMUDEZ
ACCIONADO: FAMISANAR EPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
Barrancabermeja, Mayo Treinta (30) de dos mil veintitrés (2023).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede el Juzgado a resolver la impugnación interpuesta por el accionante **JORGE ALFREDO QUIJANO BERMUDEZ** contra el fallo de tutela del Dieciocho (18) de Abril de dos mil veintitrés (2023), proferido por el **JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, dentro de la acción de tutela interpuesta contra **FAMISANAR E.P.S.** tramite al que se vinculó de oficio a la NUEVA EPS, CLINICA PIEDECUESTA S.A., SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL-FOSYGA, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES.

ANTECEDENTES

JORGE ALFREDO QUIJANO BERMUDEZ tutela la protección de los derechos fundamentales a la salud por lo que en consecuencia solicita se ordene por parte de este despacho a la accionada **FAMISANAR E.P.S** que proceda a autorizar la exoneración de copagos que se le cobran con ocasión de la medicina que requiere, a saber, IBERSATAN de 150 MG, CARVEDILOL 25 MG, AMLODIPINO 5 MG, HIDROCLOROTRAZIDA 25 MG.

Como hechos que sustentan el petitum manifiesta el accionante que, tiene 76 años y se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en salud a FAMISANAR EPS. Asegura que hace 20 años sufre de tensión arterial alta, motivo por el cual, se le receto IBERSARTAN DE 150 MG, ASA, CARVEDILOL 25 MG, AMLODIPINO 5MG, HIDROCLOROTRAZIDA 25 MG, medicina que se le estaba entregando sin cobrarle copago, pero que desde el mes de febrero de 2023, se le está efectuando dicho cobro, lo que contraria la preservación de sus derechos fundamentales, por cuanto, si no toma dicha medicina a su consideración le puede dar un infarto, asimismo, por cuanto, la medicina se la entregan cada 3 o 4 días después de que va a reclamarla.

TRAMITE

Por medio de auto de fecha Veintinueve (29) de Marzo de dos mil veintitrés (2023), el Juzgado Tercero Civil Municipal Local, dispuso admitir la presente acción tutelar en contra de la NUEVA E.P.S. y ordenó vincular de manera oficiosa a la CLINICA PIEDECUESTA S.A., SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL-FOSYGA, ADMINISTRADORA DE LOS

RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES.; posteriormente se procedió mediante providencia adiada del dieciocho (18) de abril del corriente a la accionada FAMISANAR E.P.S. considerando la respuesta allegada por parte de la NUEVA E.P.S.

RESPUESTA DE LOS ACCIONADOS Y DE LOS VINCULADOS

Las Vinculadas ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES, NUEVA E.P.S. y la accionada FAMISANAR E.P.S. aportaron al expediente pronunciamiento respecto de la acción constitucional de la que le fue corrido el traslado, por su parte los vinculados CLINICA PIEDECUESTA S.A., SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER, MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL-FOSYGA guardaron silencio frente al mismo.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Cumplido el trámite legal, en sentencia del Dieciocho (18) de Abril del dos mil veintitrés (2023) el JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA, resolvió NEGAR la acción de tutela interpuesta por el señor JORGE ALFREDO QUIJANO BERMUDEZ, en contra de FAMISANAR EPS toda vez que el a quo observa que:

*“(..)*La EPS FAMISANAR es clara en señalar que el usuario no puede ser exonerado del cobro de copagos en la medida en que se encuentra afiliado en el REGIMEN CONTRIBUTIVO, es pensionado y se encuentra en la CATEGORIA B, con un ingreso mensual de más de DOS MILLONES SETESCIENTOS MIL PESOS, lo que no esté inmerso en alguna categoría especial que permita su exoneración y que el cobro de dicho emolumento sea una barrera para acceder a los servicios.

Por lo anterior, no se le exonerará al señor JORGE ALFREDO QUIJANO BERMUDEZ al pago de cuotas moderadoras, copagos o cualquier otro emolumento debido a que dichos recursos deben ser utilizados para financiar los servicios requeridos de las demás personas que se encuentran afiliados al régimen es decir, para el uso de los servicios del sistema y a complementar la financiación de los planes de atención, sumado al hecho que se evidencia que el accionante cuenta con un ingreso fijo mensual como es la pensión a la cual hace alusión en su escrito y como bien indicó y demostró la entidad ACCIONADA.(..)

IMPUGNACIÓN

El accionante JORGE ALFREDO QUIJANO BERMUDEZ impugnó el fallo proferido por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Barrancabermeja sustentándose en los siguientes argumentos:

Con todo acatamiento, procedo a interponer recurso de **APELACIÓN**, contra el fallo de la Referencia teniendo en Cuenta lo siguiente; Ocorre que acudí a su despacho a fin de que me resolviera, sobre la entrega del Medicamento **IBERSATAN** a que tengo derecho como Hipertenso que soy, sin tener que pagar el copago. Por estar excepto tal pago por ser ordenado por PYP (Prevención y Promoción) esto por estar en derecho. Siendo esto violatorio a mi salud y vida. No obstante usted me lo negó aduciendo que tengo un salario de **27000.000 mil pesos**. Es que no estoy pidiendo que me regalen los Medicamentos y los servicios, es estos están siendo pagos con el descuento mensualmente a **FAMISANAR** por la suma de \$346.800 Pesos me hago

entender, cuando me formulan otra clase de Medicamento diferente a la enunciada siempre pago el copago respectivo. Por todo lo anterior solicito me sea resuelta a mi favor, por estar ajustado a derecho, ya que están vulnerando mis derechos a la vida y mi salud.

ANEXO: para su conocimiento y demás fines, la respuesta dada por la Supe salud, en la cual me dan la razón y ordenan a FAMISANAR, entregarme el medicamento en mención.

Por todo anterior solicito se revoque la providencia dictada en mi contra y se dicte un fallo favorable, por estar en derecho. Sin otro particular.

CONSIDERACIONES

1. La acción de tutela se consagró en la Constitución Política de Colombia en su artículo 86, para que toda persona pueda reclamar, ante los Jueces, en todo momento y lugar, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales como quiera que estos resulten amenazados o quebrantados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de particulares por excepción, no obstante limitando su generalidad a que el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

La tutela puede ser ejercida por cualquier persona vulnerada o amenazada en sus derechos fundamentales, quien actuará por si misma o a través de un representante o agente oficioso, en este último caso, cuando el titular de los derechos no esté en condiciones de promover su propia defensa, lo cual deberá manifestarse y probarse en la solicitud.

La legitimación de la accionante resulta evidente frente a los derechos que se dice vulnerados, y de la accionada entidad prestadora del servicio público de salud, pues la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se debe garantizar a todos los habitantes del país -Art. 48 de la C.N.-.

2. Por ser considerado un servicio público, es inherente a la finalidad social del Estado el deber de asegurar su prestación de manera eficiente a todos los habitantes del territorio nacional -Art. 365 de la C.N.-.

3. Bien, la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicio público, se presta bajo los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, directamente por el estado, o por entidades privadas, sobre las cuales ejercerá vigilancia y control, debiendo garantizarse a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, Art. 49 C.N.

3.1. Sobre el derecho a acceder a los servicios de salud que se requieran con necesidad, la Honorable Corte Constitucional, en Sentencia T-410 de 2010, ha dicho que:

“Toda persona tiene el derecho constitucional a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios [de salud] que requiera, esto es, servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o su dignidad”.

(Subrayado fuera de texto.)

Así mismo, ha señalado La Corte Constitucional que “se desconoce el derecho a la salud de una persona que requiere un servicio médico no incluido en el plan obligatorio de salud, cuando: “(i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo” En tal sentido, en la Sentencia T-760 de 2008 (MP: Manuel José Cepeda Espinosa) se sostuvo: “En adelante, para simplificar, se dirá que una entidad de salud viola el derecho si se niega a autorizar un servicio que no esté incluido en el plan obligatorio de salud, cuando el servicio se requiera [que reúna las condiciones (i), (ii) y (iv)] con necesidad [condición (iii)]. Como lo mencionó esta Corporación, “(...) esta decisión ha sido reiterada por la jurisprudencia constitucional en varias ocasiones, tanto en el contexto del régimen contributivo de salud, como en el régimen subsidiado, indicando, no obstante, que existen casos en los cuales se deben tener en cuenta consideraciones especiales, en razón al sujeto que reclama la protección, a la enfermedad que padece la persona o al tipo de servicio que ésta requiere.”

Siguiendo el procedimiento dispuesto en sentencia T-760 del 2008:

“Prohibición de trasladarle a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la E.P.S.: En especial, toda persona tiene derecho a que su E.P.S. autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante. Una E.P.S. irrespeta el derecho a la salud de una persona cuando le obstaculiza el acceso al servicio con base en el argumento de que el paciente no le ha presentado la solicitud al C.T.C. El médico tratante tiene la carga de iniciar el correspondiente trámite”. Procedimiento anterior que hoy recibe el nombre de MIPRES.

4. Frente a la exoneración de pago de cuotas moderadoras y copagos que pretende vía acción de tutela el actor, es menester invocar el acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece la diferencia entre las *cuotas moderadoras* y los *copagos*. Las primeras se aplican a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios para regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS. Los segundos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema; se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios del régimen contributivo tal y como lo aborda la sentencia T-584 de 31 de julio de 2007.

5. En el mencionado acuerdo se regulan los montos que se deben cancelar por concepto de cuotas moderadoras y copagos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Se establecen los principios que deben respetarse para la aplicación de estos. Así, de conformidad con el Artículo 5º del Acuerdo, para ese efecto deben respetarse los siguientes principios básicos a la luz de lo expuesto en Sentencia T-148 de 2016, a saber: equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad.

6. El artículo 4º del Acuerdo aclara que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado. Específicamente en relación con los copagos, que son los que tienen relevancia en el presente caso, en el artículo 9º 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.

“Artículo 9º. Monto de copagos por afiliado beneficiario. 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 la siguiente manera: // 1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente. // 2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, por un mismo evento. // 3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente. // Parágrafo. Para efectos del presente acuerdo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.”

7. El artículo 7º de dicho Acuerdo establece que los copagos se aplicarán a todos los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud -Plan de Beneficios en Salud- con excepción de las siguientes prestaciones

- Servicios de promoción y prevención
- Programas de control en atención materno infantil
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
- Enfermedades catastróficas o de alto costo
- La atención inicial en urgencias

De manera concreta, sobre las enfermedades catastróficas o de alto costo, sin perjuicio de la Resolución 2565 de 2007, la Resolución 3974 de 2009 enuncia algunas enfermedades de alto costo a saber: a) cáncer de cérvix; b) cáncer de mama; c) cáncer de estómago; d) cáncer de colon y recto; e) cáncer de próstata; f) leucemia linfocítica aguda; g) leucemia mieloide aguda; h) linfoma hodgkin; i) linfoma no hodgkin; j) epilepsia; k) artritis reumatoidea; y, l) infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Asimismo, el Acuerdo 029 de 2011 y las Resoluciones 5521 de 2013 y 6408 de 2016 presentan un listado referente a los procedimientos, eventos o servicios considerados como tales de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 129. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo: A. Alto Costo Régimen Contributivo: 1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea. 2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis. 3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón. 4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central. 5. Reemplazos articulares. 6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado. 7. Manejo del trauma mayor. 8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA. 9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer. 10. Manejo de pacientes

en Unidad de Cuidados Intensivos. 11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas”.

Sin embargo, conforme con la sentencia **T-402 de 2018**, la Ley 1438 de 2011 le otorgó al Gobierno Nacional, por una parte, la obligación de realizar la actualización del POS o PBS *“una vez cada dos años atendiendo a cambios del perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, la disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos en el Plan de Beneficios”*; y, por la otra, la evaluación integral del SGSSS cada cuatro (4) años, con base en indicadores como *“la incidencia de enfermedades crónicas no trasmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo”*, con la finalidad de complementarlas.

8. En ese sentido, conforme con la jurisprudencia constitucional, la definición y alcance de las enfermedades de alto costo no es un asunto resuelto dentro de las normas legales o reglamentarias. Por el contrario, dicha enumeración realizada por las normas no puede considerarse de manera taxativa y cerrada en atención a que su clasificación se encuentra supeditada a la vocación de actualización del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Jurisprudencialmente, además de la exoneración prevista en las normas pertinentes, hay lugar a la exención de dicho pago como se estipula en Sentencia T-676 de 2014 cuando se comprueba que el usuario del servicio de salud o su familia no cuentan con recursos económicos suficientes para asumir las cuotas moderadoras, copagos o cuotas de recuperación según al régimen que se encuentre afiliado.

9. En aras de no vulnerar los derechos del beneficiario la Corte ha fijado dos reglas jurisprudenciales para determinar los casos en que sea necesario eximir al afiliado del pago de las cuotas moderadoras, copagos o según el régimen al que se encuentre afiliado. Al respecto dispuso en sentencias T-697 de 2007 y T-148 de 2016 que procederá esa exoneración (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores. Así la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente ofreciendo 100% del valor del servicio de salud. Y (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea suministrado. En este caso, la entidad encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de pago al afectado, para lo cual podrá exigir garantías adecuadas, sin que la falta de pago pueda convertirse en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio.

En la Sentencia **T-984 de 2006** esta Corporación reiteró que cuando una persona no cuenta con los recursos económicos para sufragar los costos de las cuotas correspondientes y requiera de un tratamiento con urgencia, en razón a su estado de salud, este deberá prestársele sin sujeción a lo estipulado en la norma que contempla la exigibilidad de los pagos. En este sentido, la Corte señaló expresamente que *“cuando una persona requiera de un tratamiento médico con urgencia, y no pueda acceder a éste por no tener la capacidad económica suficiente para pagar los copagos, las cuotas moderadoras, las cuotas de recuperación o el porcentaje equivalente a las semanas de cotización faltantes, se deberá inaplicar la normatividad y la entidad territorial, la ARS, o la EPS, según sea el caso, deberá prestarle oportunamente el servicio, en aras de proteger su derecho fundamental a la vida, en conexidad con el derecho a la salud.”*

10. En este orden de ideas y de conformidad con lo indicado se concluye que la exigencia reglamentaria de reclamar el pago de cuotas moderadoras y/o copagos no es contraria a la Constitución pues, a través de ellos se busca obtener una contribución económica al Sistema en razón a los servicios prestados. Sin embargo, aquél no podrá exigirse cuando de su aplicación surja la vulneración a un derecho fundamental. En todo caso, será el juez constitucional el encargado de verificar si el pago de las cuotas de recuperación exigidas por la ley obstaculiza el acceso al servicio de salud y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de los derechos fundamentales.

11. Es por tanto que al descender al caso que nos ocupa, si bien es cierto que dentro del escrito de impugnación el accionante refiere que, al encontrarse en las rutas de atención integral en materia de promoción y prevención, estaría exento del cobro de cuotas moderadoras y copagos, debe indicársele que al interior decreto número 1652 de 2022 al respecto efectivamente en su Artículo 2.10.4.6 sobre las excepciones para el cobro de cuota moderadora, en su numeral segundo se señala que quienes padecen hipertensión arterial estarían relevados de sufragar dicho cobro, sin embargo, en lo concerniente a los copagos de cuya excepción trata el Artículo 2.10.4.8 considerando el diagnóstico que presenta el actor no podría encuadrarse en alguna de los padecimientos que son ahí descritos concluyéndose de esta manera que el accionante **JORGE ALFREDO QUIJANO BERMUDEZ** efectivamente esta exonerado del cobro de cuotas moderadoras mas no de copagos y por ende recae en su obligación asumir el porcentaje que legalmente le correspondería basados en el principio de solidaridad.

12. Por último, comparte esta judicatura las razones que llevaron al Juzgado Tercero Civil Municipal de Barrancabermeja a negar el amparo solicitado considerando las condiciones socio-económicas que ostenta el accionante, pues los servicios del Plan de Beneficios de Salud requeridos por el paciente han sido prestados sin dificultades, y que el copago que se le cobra es una obligación legal a la cual no puede sustraerse el cotizante y que es de estricto cumplimiento, de acuerdo con lo establecido por la normatividad legal colombiana vigente. Además, se ha cumplido en todo momento con la prestación de servicios del Plan de Beneficios de Salud que ha requerido **JORGE ALFREDO QUIJANO BERMUDEZ** sin que se hubiere negado o entorpecido el acceso a los servicios de salud por el pago de copagos, por el contrario, se le ha autorizado y hasta la fecha él cotizante ha venido cumpliendo con esa obligación, en los servicios sujetos a su cobro, sin que se afecte sustancialmente su derecho al mínimo vital, mas cuando el valor de dicho medicamento no es tan representativo frente a los ingresos mensuales que percibe el actor atendiendo lo informado por la accionada.

En ese orden de ideas, se CONFIRMARÁ en todas sus partes el fallo de tutela de fecha dieciocho (18) de Abril del dos mil veintitrés (2023) proferido por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Barrancabermeja por estar ajustado a derecho mediante el análisis de los elementos facticos que en torno a esta acción de tutela se circunscriben

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR el fallo de tutela de fecha Dieciocho (18) de Abril del dos mil veintitrés (2023) proferido por el **JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA**, dentro de la acción de tutela impetrada por **JORGE ALFREDO QUIJANO BERMUDEZ** contra **FAMISANAR E.P.S.** por lo anteriormente expuesto.

SEGUNDO: NOTIFÍQUESE esta decisión a las partes comprendidas en este asunto, conforme a lo previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1.991 y comuníquese la decisión a la Oficina Judicial de primer grado

TERCERO: OPORTUNAMENTE envíese el expediente a la Honorable Corte Constitucional, para una eventual revisión de la sentencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

CESAR TULIO MARTÍNEZ CENTENO
Juez

Firmado Por:
Cesar Tulio Martinez Centeno
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 002
Barrancabermeja - Santander

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: **300d115dd952bf9d3cd06d2a979a3a7c54913660ce6dd77eb227bf20f7ad0a03**

Documento generado en 30/05/2023 03:17:57 PM

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